

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 117

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
LA LITHIASÉ BILIAIRE
ET DE SES COMPLICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston COTTE

Né le 14 Novembre 1879, à Lyon (Rhône).

Ex-Interne Lauréat des Hôpitaux

(Prix Bouchet, Chirurgie 1907)

Aide d'Anatomie à la Faculté.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 117

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
LA LITHIASÉ BILIAIRE
ET DE SES COMPLICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston COTTE

Né le 14 Novembre 1879, à Lyon (Rhône).

Ex-Interne Lauréat des Hôpitaux

(Prix Bouchet, Chirurgie 1907)

Aide d'Anatomie à la Faculté.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE
		TEISSIER
Cliniques chirurgicales	}	BARD
		PONCET
Clinique obstétricale et Accouchements		JABOULAY
Clinique ophtalmologique		FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		ROLLET
Clinique des maladies mentales		NICOLAS
Clinique des maladies des enfants		PIERRET
Clinique des maladies des femmes		WEILL
Physique médicale		POLLOSSON (A.)
Chimie médicale et pharmaceutique		X...
Chimie organique et Toxicologie		HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique		CAZENEUVE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BEAUVISAGE
Anatomie		GUIART
Anatomie générale et Histologie		TESTUT
Physiologie		RENAUT
Pathologie interne		MORAT
Pathologie et Thérapeutique générales		ROQUE
Anatomie pathologique		COLLET
Médecine opératoire		TRIPPIER
Médecine expérimentale et comparée		POLLOSSON (M.)
Médecine légale		ARLONG
Hygiène		LACASSAGNE
Thérapeutique		COURMONT (J.)
Pharmacologie		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAIET	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. PONCET, *Président* ; A. POLLOSSON, *Assesseur* ;

MM. NOVE-JOSSERAND et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

- Actinomyose cervicale (communication à la Société des sciences médicales de Lyon, séance du 14 décembre 1904, *Lyon médical*, 15 janvier 1905).
- Sarcome périostique diffus de la diaphyse fémorale. Fracture spontanée. Désarticulation de la hanche (*id.*, séance du 25 janvier 1905, *Lyon médical*, 26 février 1905).
- Branchiome malin du cou (Communication à la Société nationale de médecine de Lyon, séance du 13 février 1905, *Lyon médical*, 24 février 1905).
- Sténoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire (en collaboration avec R. Leriche, *Revue de gynécologie et de chir. abdom.*, 10 avril 1905).
- Des abcès de la cavité de Retzius (Revue générale; *Gazette des hôpitaux*, 29 avril 1905).
- Gangrène phéniquée (communication à la Société nationale de médecine le 15 mai 1905, *Lyon médical*, 4 juin 1905; *Presse médicale*, 5 juillet 1905).
- Goitre d'origine tuberculeuse (communication à la Société nationale de médecine le 15 mai 1905, *Lyon médical*, 4 juin 1905).
- Résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire (*Lyon médical*, 16 avril 1905).
- Indications du traitement chirurgical de la lithiase biliaire; choix du procédé, d'après M. H. Kehr (*Lyon médical*, 7 mai 1905).
- Ancien kyste hydatique du foie et lithiase biliaire (Société nationale de médecine, 8 mai 1905; *Lyon médical*, 21 mai 1905).
- Hallux valgus d'origine tuberculeuse (communication à la Société nationale de médecine de Lyon le 26 juin 1905, *Lyon médical*, 9 juillet 1905; *Revue d'orthopédie*, 1905).
- Tuberculose primitive des muscles de l'avant-bras (Société nationale de médecine de Lyon, 3 juillet 1905, *Lyon médical*, 23 juillet 1905).
- Infantilisme dysthyroïdien. Thyro-éréthisme chirurgical (Soc. des sciences médicales, séance du 7 juin 1905, *Lyon médical*, 27 août 1905).

- Tuberculose inflammatoire. Sciatique familiale d'origine tuberculeuse (*Gazette des hôpitaux*, 12 septembre 1905).
- Ulcère du duodénum. Sténose intestinale par brides. Gastro-entéro-anastomose (Soc. des sciences médicales, séance du 21 juin 1905, *Lyon médical*, 17 septembre 1905).
- Cancer de l'antra pylorique. Gastrectomie (Soc. des sciences médicales, 28 juin 1905, *Lyon médical*, 24 septembre 1905).
- Spina ventosa ancien. Rhumatisme tuberculeux des autres doigts (Soc. des sciences médicales, séance du 5 juillet 1905, *Lyon médical*, 22 octobre 1905).
- Cancer de l'estomac. Gastrectomie subtotale (*ibid.*).
- Prostatectomie transvésicale (Soc. des sciences médicales, séance du 25 octobre 1905, *Lyon médical*, 19 novembre 1905).
- Traitement de l'ulcère d'estomac en évolution par la gastro-entérostomie (*ibid.*).
- De l'hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du canal cystique (en collaboration avec le Dr Villard, *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1906 et 10 février 1906).
- Des gros kystes de l'ouraque (en collaboration avec le Dr Delore (*Revue de chirurgie*, 10 mars 1906).
- Crises gastriques tabétiques. Elongation du plexus solaire (Soc. nationale de médecine, séance du 26 mars 1906, *Lyon médical*, 15 avril 1906).
- Rétrécissement traumatique de l'urètre. Urérectomie. Guérison (Soc. des sciences médicales, séance du 7 mars 1906, *Lyon médical*, 29 avril 1906).
- Greffes cutanées par approche suivant la méthode italienne plus ou moins modifiée (*Revue d'orthopédie*, 1906).
- Traitement chirurgical du spina bifida occulta (en collaboration avec M. le professeur Vallas, *Revue d'orthopédie*, 1906).
- De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale (*Revue de gynécologie et de chir. abdom.*, décembre 1906).
- Myome utérin à dégénérescence pseudo-myxomateuse (Soc. des sciences médicales, séance du 12 décembre 1906, *Lyon médical*, 3 mars 1907).
- Absence congénitale du rein, de l'uretère et des voies spermatiques du côté droit (en collaboration avec le Dr Viannay, *Bibliographie anatomique*, 1906).
- Rétrécissement congénital du vagin. Accouchement. Occlusion congénitale consécutive. Hématocolpos (Soc. des sciences médicales, séance du 16 janvier 1907, *Lyon médical*, 7 avril 1907).
- Tuberculose vagino-péritonéale consécutive à une tuberculose an-

- nexielle (Soc. des sciences médicales, séance du 30 janvier 1907, *Lyon médical*, 21 avril 1907).
- Utérus et vagin doubles. Fibrome de l'utérus droit. Salpingite gauche ouverte dans le rectum (Soc. des sciences médicales, séance du 13 mars 1907, *Lyon médical*, 23 juin 1907).
- Cancer du col utérin. Large ablation abdominale par le procédé de Wertheim (Soc. des sciences médicales, séance du 20 mars 1907, *Lyon médical*, 30 juin 1907).
- Utérus unicorne. Insertion de la trompe gauche sur le col utérin (Soc. des sciences médicales, séance du 10 avril 1907, *Lyon médical*, 14 juillet 1907).
- Ulcère calleux du pylore. Pylorectomie (Soc. des sciences médicales, séance du 17 avril 1907, *Lyon médical*, 28 juillet 1907).
- Cinq cas de péritonite aiguë généralisée consécutive à la rupture de pyosalpinx (en collaboration avec M. A. Chalié, *Revue de gynécologie et de chir. abdom.*, 10 août 1907).
- Epispadias pénien opéré par le procédé de M. Nové-Josserand (Soc. de chirurgie, séance du 23 mai 1907, *Lyon médical*, 18 août 1907).
- Tuberculose inflammatoire du col de l'utérus (*Gazette des hôpitaux*, 10 septembre 1907).
- Kystes du creux poplité d'origine tuberculeuse (*Bulletin médical*, 14 septembre 1907).
- Epithélioma à localisation double de l'utérus et du sein droit (Soc. des sciences médicales, séance du 29 mai 1907, *Lyon médical*, 15 septembre 1907).
- Pneumatocèle du sinus maxillaire (*ibid*).
- L'épispadias féminin et son traitement chirurgical (En collaboration avec M. Nové-Josserand (*Revue de gynécologie et de chir. abdom.*, décembre 1907).
- Sur un cas d'ostéomyélite de la rotule (en collaboration avec le Dr Desgouttes, *Revue d'orthopédie*, 1907).
- Scoliose et tuberculose. Interprétation de quelques statistiques étrangères. La scoliose d'origine tuberculeuse (*Lyon médical*, 5 et 12 janvier 1908).
- Traitement chirurgical des traumatismes des voies biliaires (*Revue de chirurgie et de chir. abdom.*, 10 juin 1908).
- Indications chirurgicales de l'ictère (Mémoire présenté pour le concours au prix Bouchet) (sera publié prochainement).
- De l'iléus biliaire (en collaboration avec le Dr R. Leriche, *Revue générale*, *Gazette des hôpitaux*, 1908) (paraîtra prochainement).

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES PARENTS

*Je dédie ce travail
en témoignage de profonde
affection.*

A mes Maîtres

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANTONIN PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté

*Qu'ils veuillent bien agréer ici
l'expression de mes sentiments de gra-
titude et de reconnaissance pour les
témoignages de sympathie qu'ils
m'ont toujours si largement accordés.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOVÉ-JOSSERAND

*En reconnaissance de tout ce
qu'il a fait pour moi et de la solli-
citude dont il m'a toujours entouré.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. BÉRARD

*Que je remercie vivement d'avoir
bien voulu me compter au nombre
de ses élèves.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur Agrégé G. NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien de la Charité (Externat 1899 1900 ; Internat 1907).

M. le Professeur Aug. POLLOSSON (Externat 1900 ; Internat 1907).

M. le Professeur Agrégé DEVIC, médecin des Hôpitaux (Externat 1901-1902).

M. le Professeur Agrégé L. TIXIER, chirurgien des Hôpitaux (Externat 1902).

M. le Professeur G. ROQUE, médecin des Hôpitaux (Internat 1903-1904).

M. le Professeur Agrégé GANGOLPHE, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu.

M. le Dr LECLERC, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur PIC, médecin des Hôpitaux (Internat 1904).

M. le Professeur COLLET, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur M. POLLOSSON, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu (Internat 1904-1905).

M. le Professeur Agrégé VILLARD, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur VALLAS, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu (Internat 1905-1906).

M. le Professeur A. PONCET (Internat 1905-1906).

A M. le Dr X. DELORE, chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Dr P. VIGNARD, chirurgien de la Charité.

A M. le Dr L. DOR.

Que j'ai connus à la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Poncet.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

M. le Professeur TESTUT.
M. le Professeur M. POLLOSSON.
M. le Professeur ANGEL.
M. le Professeur Agrégé TIXIER.

A MES EXCELLENTS AMIS

Le Professeur Agrégé P. CAVAILLON.
Le D^r R. LERICHE, Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

ET DE SES COMPLICATIONS

INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt les différentes étapes de la chirurgie biliaire, on ne peut moins faire que d'être frappé par le développement énorme qu'elle a subi durant ces dernières années. Depuis le 18 avril 1878, date à laquelle Marion Sims effectuait la première cholécystostomie, depuis l'entrée en scène de la cholécystentérostomie (von Winiwarter, 1881), de la cholécystectomie (Langenbuch, 1882) et de la cholédocotomie (Kümmel, 1884), la chirurgie des canaux biliaires a pris un essor, d'autant plus facile à comprendre, que, tard venue, elle a profité d'emblée des derniers perfectionnements de la chirurgie, en général, et de la chirurgie abdominale, en particulier.

En 1887, au Congrès des médecins et naturalistes allemands, Volkmann terminait une longue discussion sur les premiers essais de cette chirurgie en disant :

« Je propose que nous reprenions cette discussion dans une dizaine d'années. » Volkmann est mort sans avoir pu assister au complet développement d'une chirurgie dont il prévoyait dès le début, les indications multiples et les résultats féconds.

Depuis cette époque, Courvoisier (1890), Naunyn (1892), Langenbuch (1897), Segond (1898). Schwartz (1901) ont réuni dans des travaux d'ensemble importants, les étapes successives par lesquelles avait passé le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. Dans ces dernières années, on peut dire, en quelque sorte, que la question est tombée dans le domaine commun des chirurgiens, et lorsqu'on parcourt les comptes rendus de la Société de Chirurgie de Paris ou de la Société allemande de Chirurgie, on voit qu'il n'y a pas d'années, où elle n'ait été l'objet de discussions plus ou moins importantes. Je ne saurais citer ici tous les auteurs, qui se sont occupés de chirurgie biliaire, mais il importe cependant de mentionner ceux qui ont le plus contribué à lui donner tout son élan, et ce serait être injuste que de ne pas rappeler, parmi les chirurgiens français, les noms de Terrier, de Quénu, de Lejars, de Tuffier, d'Hartmann, de Pierre Delbet, de Jaboulay, etc., etc. En Allemagne, il convient de rappeler ceux de Kehr, de Kocher, de König, de Riedel, de Czerny, de Körte, de Kümmel, etc., etc. En Angleterre et en Amérique enfin, ceux de Mayo Robson, de Moynihan, de Bland Sutton et des frères Mayo.

A tous ces noms s'attachent des méthodes ou des procédés, qui ont, pour quelques uns, rallié de nombreux partisans et, pour d'autres, soulevé de multiples contro-

verses. Malgré tous les travaux publiés à ce jour, la question des indications opératoires et celle du choix du procédé soulèvent encore de nombreuses discussions. Il semble cependant, que sous l'influence des résultats toujours meilleurs, obtenus par les chirurgiens dans le traitement de la lithiase, les médecins eux-mêmes soient devenus plus interventionnistes. En Allemagne surtout, à la suite de Naunyn, le clinicien le plus écouté peut-être en matière de lithiase, l'opération précoce est faite dans des limites beaucoup plus grandes, qu'elle ne l'a été jusqu'ici. En France, les récentes communications de Léon Bernard et de Le Gendre à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, et leur éloquent plaidoyer en faveur du traitement chirurgical de la lithiase semblent bien marquer le début d'une ère nouvelle dans la thérapeutique de cette maladie.

Mais à Lyon, malgré les résultats encourageants, obtenus dans un grand nombre de cas, la chirurgie biliaire n'intervient encore qu'à titre d'exception dans le traitement de la lithiase, et on réserve seulement au chirurgien les formes avec angiocholite ou cirrhose, les empyèmes de la vésicule et les péritonites, ou bien encore les néoplasmes des voies biliaires.

C'est en étudiant l'ensemble des faits opérés à la clinique de M. le professeur A. Poncet, que j'ai eu l'idée de ce travail. Pendant plus d'une année, que j'ai passée dans son service, j'ai eu l'occasion d'assister à un grand nombre d'interventions sur les voies biliaires. Dans la majorité des cas, il m'a été possible de me rendre compte par les constatations opératoires ou par

les suites de l'intervention de la gravité des lésions que présentaient ces malades.

J'ai essayé, en comparant ces faits avec ceux qui sont publiés ailleurs, surtout à l'étranger, de montrer les résultats que donne actuellement le traitement chirurgical de la lithiase. L'étude attentive de nombreux faits, qui ont été le point de départ de ce travail, m'ont amené à préconiser l'intervention précoce, comme seule capable de donner des résultats éloignés satisfaisants. Qu'il s'agisse de lithiase vésiculaire ou cholédocienne, il ne faut pas attendre pour intervenir, que le malade ait de l'infection de ses voies biliaires intra-hépatiques ou que la cellule hépatique elle-même soit troublée dans son fonctionnement. Opérer dans de telles conditions, c'est peut-être arracher le malade à une mort plus ou moins immédiate, mais ce n'est pas lui rendre la santé, car l'intervention la mieux conduite n'est pas susceptible de faire disparaître les altérations de la glande hépatique.

La technique des opérations sur les voies biliaires a fait, dans ces dernières années, l'objet de travaux si nombreux, qu'il m'a paru inutile d'y revenir ici. J'ai donc laissé de côté tout ce qui concerne l'exécution de telle ou telle opération et je me suis attaché seulement à préciser leurs indications respectives.

Il est deux points cependant sur lesquels j'ai cru bon d'insister davantage : la cholécystectomie sous-séreuse et le drainage des voies biliaires.

Plus d'une fois pendant les deux semestres, que j'ai passés à la clinique, j'ai entendu mon maître, le professeur A. Poncet, insister sur les facilités opératoires

que donne, dans la cholécystectomie, la décortication sous-séreuse de la vésicule et sur la nécessité d'un drainage des voies biliaires.

Il s'agit là, en somme, de deux méthodes qui caractérisent nettement ses tendances chirurgicales ; elles ne sont, d'ailleurs, que l'application spéciale à la chirurgie des voies biliaires de méthodes plus générales, dont il s'est toujours montré un partisan convaincu et un ardent défenseur.

Pendant mon séjour dans le service, j'ai vu plusieurs fois M. le Dr Delore en faire l'application ; j'en ai réalisé moi-même l'exécution dans des recherches cadavériques. Il ne faudra donc pas s'étonner de la place importante que je leur ai consacrée dans ce travail.

Pour ce qui concerne les résultats immédiats ou éloignés de l'intervention, en outre des faits observés à la Clinique de M. le professeur A. Poncet, j'ai recueilli un grand nombre d'observations¹, que je dois à M. le professeur Jaboulay et à M. le professeur A. Pollosson, ainsi qu'à MM. Bérard, Albertin, Villard, Tixier, Gayet et Lagoutte (du Creusot). Qu'ils veulent bien agréer ici l'expression de ma reconnaissance.

A côté de ces faits inédits, enfin, j'ai réuni, à la fin de ce travail, un grand nombre de statistiques, sur lesquelles je me suis basé pour poser les indications de

¹ Il m'a été impossible de reproduire ici toutes les observations, que j'ai eues entre les mains. Je tiens, d'ailleurs, à dire que je me suis contenté seulement de donner intégralement la statistique de la clinique de M. Poncet. Dans les autres services, j'ai publié seulement les faits destinés à montrer telle ou telle particularité thérapeutique.

tel ou tel procédé et pour en apprécier les résultats. On m'objectera sans doute de n'avoir pas fait une œuvre personnelle et d'avoir recueilli surtout des statistiques étrangères ; mais il faut bien prendre les faits où ils se trouvent. Il n'est pas de chirurgien français, je crois, qui puisse encore publier un nombre d'observations aussi étendues que Kehr, Körte, Czerny, Mayo Robson, etc. Sans doute, la lithiase biliaire est beaucoup plus fréquente dans les races anglo-saxonnes qu'elle ne l'est dans les races latines ; mais il n'est pas douteux aussi, qu'elle est beaucoup plus souvent l'objet d'un traitement chirurgical précoce.

Et, si je savais d'avoir contribué à faire bénéficier quelques malades de cette thérapeutique, j'aurais la satisfaction d'avoir atteint précisément le but que je me suis proposé.

Dans les chapitres qui vont suivre, j'étudierai successivement les indications générales de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire, les indications et le choix du procédé dans la lithiase vésiculaire et la lithiase cholédocienne. Après quelques considérations sur la lithiase intra-hépatique et ses conséquences chirurgicales, je réunirai, dans une étude d'ensemble, les résultats immédiats ou éloignés de l'opération ; je donnerai enfin quelques règles de technique générale, qui me paraissent susceptibles d'améliorer ces résultats.

Dans la deuxième et la troisième partie je m'occuperai des complications de la lithiase et du cancer des voies biliaires.

La quatrième partie est constituée par le résumé des nombreuses observations dont je me suis servi.

Il s'agit, comme on le voit, d'une œuvre considérable, et je tiens par avance à m'excuser de ses imperfections.

Il m'aurait été certainement beaucoup plus facile de faire un travail plus modeste et de m'occuper uniquement de tel ou tel point particulier. Mais ayant cherché surtout à faire une œuvre de vulgarisation, il m'a paru préférable de montrer la gravité de l'intervention chirurgicale dans la lithiase compliquée, en face des simplicités opératoires et des excellents résultats obtenus dans le traitement des formes simples.

Je ne doute pas, d'ailleurs, que les nombreux faits, réunis à la fin du travail ne servent à faire partager à ceux qui s'intéressent à la chirurgie biliaire, les idées qu'ils m'ont amené moi-même à défendre dans les chapitres suivants.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA LITHIASÉ BILIAIRE NON COMPLIQUÉE

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS GÉNÉRALES DE L'INTERVENTION

Jusqu'à ces dernières années, la chirurgie n'est intervenue dans le traitement de la cholélithiasé que d'une façon tardive et dans des circonstances exceptionnelles. Sous l'influence des travaux de Bouchard et de ses élèves, la formation des calculs était considérée comme une viciation humorale, leurs manifestations cliniques comme un accident d'ordre purement mécanique et, dès lors, c'est par une thérapeutique susceptible de modifier les échanges intimes de l'organisme ou de désagréger la cholestérine, qu'on cherchait à la combattre. Les idées étiologiques ou les notions pathogéniques, en cours, s'accommodaient mal avec la possibilité d'une intervention chirurgicale, qu'on réservait seulement aux accidents infectieux dus à la présence des calculs ou à certaines migrations anormales.

En 1901, M. Chauffard disait encore ; Il ne devrait

pas y avoir de traitement chirurgical de la cholélithiasé. Les lithiasiques ne deviennent trop souvent justiciables du chirurgien, que parce que nous, médecins, nous les soignons trop tard ou d'une façon insuffisante. » Trois ans plus tard, il admettait l'intervention de la chirurgie dans la lithiasé infectée, qu'il distinguait encore de la lithiasé aseptique. Mais on sait aujourd'hui que la formation de calculs dans les voies biliaires relève toujours d'une infection; et on ne peut se servir pour établir les indications générales de l'intervention d'une division en lithiasé septique et en lithiasé aseptique. Même lorsque l'infection, qui leur a donné naissance, paraît complètement éteinte, les calculs entretiennent dans la vésicule un état infectieux, qui peut devenir brusquement menaçant. Après être restés longtemps silencieux, ils peuvent encore traduire leur présence par des manifestations septiques presque foudroyantes, si bien qu'il est difficile au point de vue pratique, d'apprécier l'état de septicité de la bile et d'établir là-dessus l'utilité d'une intervention.

Avec Kehr et Körte, nous pensons que pour résoudre le problème qui divise depuis si longtemps médecins et chirurgiens, le mieux est de faire le bilan du traitement médical et du traitement chirurgical, de considérer le pronostic de la lithiasé abandonnée à elle-même ou traitée par l'intervention chirurgicale. Mais, avant d'entreprendre cette étude, il importe de rappeler les conceptions actuelles de la cholélithiasé et d'en donner rapidement les différentes phases cliniques.

Il y a quelques années encore, on pensait que les accidents de la lithiasé étaient d'ordre purement méca-

nique, et qu'ils relevaient de la migration ou de l'arrêt des calculs dans les canaux de la bile, mais aujourd'hui nous savons que, pour les interpréter, il faut presque toujours faire intervenir l'infection.

Lorsque l'infection initiale a déterminé la formation de calculs, ceux-ci peuvent à leur tour devenir l'origine de nouvelles poussées infectieuses. Par l'irritation incessante des canaux biliaires qu'ils provoquent, ou par l'obstacle à l'écoulement de la bile qu'ils entraînent, ils réalisent les meilleures conditions susceptibles d'exalter la virulence de l'infection locale, qui les a engendrés.

Ainsi surviennent des accidents aigus de cholécystite, qui tantôt reste catarrhale et tantôt devient purulente. Chacune de ces poussées s'accompagne d'un certain degré de réaction péritonéale, qui amène le développement de péricholécystite. Suivant l'intensité du processus, des abcès péri vésiculaires peuvent apparaître ou bien au contraire l'infection, atténuée, n'aboutit qu'à la formation d'adhérences. Quoi qu'il en soit, la lithiase, à ce moment, est une affection purement vésiculaire ; c'est une cholécystite et ce n'est que dans une seconde phase qu'elle devient canaliculaire et s'étend aux voies biliaires principales. A partir de là, le pronostic de la cholélithiase change complètement.

Par l'arrêt qu'elle peut apporter à l'écoulement de la bile dans l'intestin, l'obstruction des voies principales constitue, en effet, un danger qui sera d'autant plus grave qu'il sera plus persistant. Elle devient la source de phénomènes infectieux qui, au lieu de rester localisés sur les voies accessoires, deviennent de plus en plus

envahissants et menacent même la glande hépatique. Enfin lorsque l'infection hépatique, elle-même, est réa-lisée, la lithiasse biliaire entre dans sa dernière phase. Qu'elle provoque sur le foie des abcès ou de la cirrho-se, elle trouble d'une façon constante le fonctionnement de la cellule hépatique et détermine ainsi des lésions irrémédiables, qui en assombrissent considérablement le pronostic.

Phase vésiculaire, phase canaliculaire, phase hépati-que, telles sont, en résumé, les trois étapes de la lithiasse biliaire. Nous verrons plus loin quels sont les facteurs de gravité de la maladie à chacun de ces stades. Il nous suffira d'ajouter ici, pour en faire ressortir le dan-ger, qu'à n'importe quelle période de son évolution des complications plus ou moins graves peuvent encore ve-nir en précipiter le dénouement: septicémies, péritonites généralisées avec ou sans perforation des voies biliai-res, pyéléphlébites, cancers, pancréatites aiguës ou chroniques, sténoses pyloriques ou intestinales, migra-tions anormales enfin dans les différents organes de la cavité abdominale ou de la cage thoracique.

Mais, il ne suffit pas pour justifier l'intervention de montrer que le malade est exposé à des accidents mor-tels : il faut encore déterminer le degré de probabilité de ces accidents et rechercher dans quelles proportions le traitement médical ou thermal peut en prévenir l'apparition.

Malheureusement, il s'agit là d'un problème dont la solution ne peut être donnée d'une façon précise. L'im-pression, que chaque médecin retire de sa pratique dépend évidemment du milieu dans lequel il a recueilli

ses observations. Les chirurgiens, qui ne voient que des cas graves ont une tendance à considérer la maladie comme beaucoup plus dangereuse qu'un médecin de station thermale, qui voit surtout des formes bénignes. C'est ainsi que Kehr dit que les quatre-cinquièmes de ses opérés seraient morts de leur lithiase, à plus ou moins brève échéance, s'il n'était pas intervenu chirurgicalement, tandis que pour Ritter (de Carlsbad) la mortalité dans la lithiase ne serait que de 0,04 pour 100.

Mais si, au lieu de considérer des faits exceptionnels, on considère seulement la moyenne des faits observés par des médecins non spécialisés, on voit que la lithiase abandonnée à elle-même aurait une mortalité de 5 pour 100 environ. C'est du moins le chiffre, que Linossier a donné lui-même dans sa récente communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris sur le traitement chirurgical de cette affection. Léon Bernard et Siredey n'acceptent ces chiffres qu'avec réserve et, pour eux, la lithiase est beaucoup plus grave qu'on ne le dit généralement. Legendre, enfin, dit également à ce sujet :

« Plus je vois de malades et plus je considère que la lithiase biliaire est une maladie dont on méconnaît trop souvent la gravité. M. Linossier paraît croire que ses malades ont guéri quand il n'en a plus entendu parler au bout de dix ans. Je sais bon nombre de cas où, après dix ans de silence, une lithiase endormie s'est réveillée pour provoquer les plus graves accidents ; et puis il ne faudrait pas penser, que si une malade, après avoir fréquenté plusieurs années une station thermale, n'y

reparaît plus, c'est qu'elle n'a plus souffert ; le plus souvent, c'est parce qu'elle est allée demander ailleurs une guérison qu'elle n'y espérait plus. Nous sommes tous un peu enclins à nous tromper à ce point de vue et nous croyons trop souvent guéris les malades que nous ne revoyons plus ; nous devrions plus souvent nous dire qu'ils se sont dirigés vers quelque'un d'autre. »

Ces données concordent d'ailleurs parfaitement avec les statistiques données à l'étranger. Les Compagnies allemandes d'assurance sur la vie auraient remarqué que, en dehors de toute intervention chirurgicale, la mortalité dans la lithiasé aurait plus que doublé depuis vingt ans et Binder, sur 96 calculeux qu'il a suivis pendant douze ans, dit qu'il n'en a pas vu mourir moins de 11 des suites de leur lithiasé.

Avec ces faits, la mortalité serait donc de 11,4 pour 100. Pour Naunyn, elle est encore plus élevée et atteindrait 15 pour 100. En moyenne, il faut admettre le chiffre de 6 à 8 pour 100.

Le bilan des chirurgiens est beaucoup plus facile à établir.

Dans ses 1000 premières laparotomies, Kehr arrivait à une mortalité globale de 16,2 pour 100. Mais, dans les 317 interventions, qu'il a pratiquées pendant ces trois dernières années, ce chiffre s'est élevé à 18 pour 100, par suite du nombre de plus en plus considérable de mauvais cas, qui lui sont adressés par d'autres chirurgiens.

Czerny de 1900 à 1905, sur un total de 402 cas dont 57 cancers a une mortalité de 13 pour 100. Körte ar-

rive à peu près aux mêmes résultats; Kummel, par suite du nombre élevé de formes graves opérées atteint 20,9 pour 100. Riese, sur 88 opérations, n'a par contre que 10 pour 100 d'insuccès, et Mayo sur 1500, 4,43 pour 100 seulement.

On trouvera plus loin les statistiques de nombreux chirurgiens. Faisons seulement remarquer ici que ces chiffres s'appliquent tous à des séries de faits, dont ne sont exclus ni les péritonites généralisées, ni les cancers, ni l'occlusion intestinale. En réalité, c'est la proportion des cas simples et des cas compliqués, qui explique ces différences. Le tableau suivant le montre mieux que toute dissertation :

KEHR

Lithiase simple	866	28 m. = 3,2 pour 100
— avec compl. bénignes . . .	213	35 m. = 16,5 —
— avec compl. malignes . . .	179	148 m. = 82 —
TOTAL	1258	211 m. = 16,7 pour 100

KUMMEL

Lithiase simple	169	8 m. = 4,7 pour 100
— avec compl. bénignes . . .	14	2 m. = 14,3 —
— avec compl. malignes . . .	45	38 m. = 85 —
TOTAL	228	48 m. = 20,9 pour 100

MAYO

Lithiase simple	1369	31 m. = 2,26 pour 100
— avec compl. bénignes . . .	61	10 m. = 16 —
— avec compl. malignes . . .	70	37 m. = 33,5 —
TOTAL	1500	78 m. = 4,43 pour 100

Et si nous faisons maintenant la balance du traitement médical et du traitement chirurgical, on pourrait dire, en raisonnant uniquement sur les chiffres.

Etant donné un malade qui est à la phase vésiculaire d'une lithiasé et qui ne présente encore aucune complication, s'il est abandonné à sa propre évolution, il a environ 6 chances sur 100 de présenter des accidents qui entraîneront une issue fatale. Si l'on intervient au contraire à ce moment, il n'a que 3 pour 100 de risques opératoires et il sera à l'abri des complications qui mettent sa vie en danger.

Dans le premier cas, les chances de mort s'échelonnent, il est vrai, sur un espace de temps indéterminé, tandis qu'elles sont immédiates avec l'intervention chirurgicale. Comme elles sont beaucoup moindres dans ce dernier cas, on pourrait dire au lithiasique : « Vous avez 6 chances sur 100 de présenter un jour ou l'autre un accident fatal et, à ce moment, une opération ne pourra vous tirer d'affaire qu'avec bien peu de probabilité. Actuellement, vous n'avez au contraire que la moitié moins de craintes à avoir. »

S'il s'agit d'un malade, qui est à la phase vésiculaire, on peut même faire valoir que ses chances de survie seront encore plus considérables que nous ne le disons, puisque dans les chiffres qui nous servent de base d'appréciation figurent toutes les interventions sur le cholédoque dont la mortalité est sensiblement plus élevée que celle des cholécystostomies ou des cholécystectomies.

Au fond, ce raisonnement est celui qu'on tient à tous les malades, qui ont souffert d'une poussée appendiculaire ; or, il en est de la cholécystite comme de l'appendicite à froid, et il n'y a aucune raison de refuser à l'une ce qu'on accorde si largement à l'autre.

Je sais bien qu'en plus de ses risques immédiats, le traitement chirurgical comporte encore certaines complications, qui en rendent les résultats plus discutables. On a beaucoup insisté sur tous ces accidents de l'intervention, sur le retour de douleurs, sur l'éventration, et surtout sur la persistance d'une fistule ou encore sur la récurrence des calculs. Il n'y a pas longtemps encore, il était courant de ne jamais proposer l'opération au malade, sans le prévenir des ennuis, qui pouvaient en résulter, et on lui laissait toujours entrevoir la possibilité d'une fistule biliaire permanente.

Nous ne pouvons insister davantage ici sur ces diverses complications que nous nous réservons d'étudier plus loin dans un chapitre spécial. Il nous suffira d'ajouter, pour l'instant, que le choix plus judicieux du procédé opératoire aussi bien que les progrès réalisés dans la technique chirurgicale ont permis d'obtenir des résultats éloignés bien meilleurs et que les fistules en particulier ne doivent plus guère entrer en ligne de compte.

Nous avons tenu, dès le début de cette étude, à donner quelques chiffres sur la valeur des traitements employés dans la lithiase pour montrer que cette affection n'est pas aussi bénigne qu'on le dit généralement et que l'intervention n'est pas aussi grave, qu'on a bien voulu le prétendre. Mais, ce n'est évidemment pas avec des statistiques générales, qu'on discute au lit des malades ou qu'on pose des indications opératoires. Nous allons donc reprendre la question maintenant en la portant sur le terrain clinique et essayer de préciser les conditions dans lesquelles il faut intervenir.

Nous ne nous occuperons, cela va sans dire, que des formes qui donnent lieu à des accidents. Dans tous les cas où la lithiasse reste silencieuse et ne se manifeste par aucun symptôme, il est bien évident qu'on ne saurait soulever la question d'une intervention chirurgicale. Il s'agit de malades, qui ont toutes les apparences d'une santé parfaite et chez lesquels on n'a même à proposer ni traitement médical, ni traitement thermal.

Ces cas mis à part, la lithiasse biliaire se traduit au point de vue clinique soit par des accidents aigus, soit par des accidents chroniques. Elle se manifeste quelquefois par des troubles, qui revêtent d'emblée une allure suraiguë et qui mettent rapidement la vie en danger ; d'autres fois, au contraire, les symptômes aigus, qui la caractérisent, créent moins un danger par leur allure même que par leur répétition. Enfin, dans un dernier groupe de faits, il s'agit de lésions permanentes, irrémédiables, qui ne sauraient disparaître autrement que par un traitement chirurgical.

Dans quelles conditions faut-il intervenir ? Il en est de la lithiasse comme de l'appendicite : malgré les nombreuses discussions qui se sont engagées sur les indications de l'intervention, on est frappé des divergences d'opinions, qui séparent encore les chirurgiens les plus autorisés en la matière. De même que pour les inflammations de l'appendice, le traitement chirurgical de la cholélithiasse a donné lieu aux mêmes intransigeances : les uns, redoutant les difficultés opératoires qui surviennent lorsque le calcul s'engage dans les voies profondes, défendent avec énergie l'intervention précoce, et ils enlèvent tous les calculs de la vésicule, clinique-

ment constatables (Riedel, Deaver, Lilienthal). Les autres, au contraire, réservent seulement au bistouri les formes graves de la lithiase : cholécystites aiguës très accusées, perforations de la vésicule, angiocholite septique, etc.

Les nombreux arguments que les uns et les autres ont apportés pour défendre leur conduite chirurgicale n'ont pas fait bien avancer la question, et si la plupart des chirurgiens se sont tenus entre ces deux extrêmes, il faut reconnaître, qu'en pratique, l'exposé des indications de ce traitement est resté bien obscur. On n'a pas assez tenu compte de l'état anatomo-pathologique des voies biliaires, et, pour Kehr, l'imprécision des indications chirurgicales, dans le traitement de la lithiase, n'aurait pas d'autre cause. Dans tous les cas, qui se présentent au clinicien, il faut fixer très exactement le siège des calculs, il faut chercher s'il existe une cholécystite ou une angiocholite, une hydropisie ou un empyème de la vésicule, déterminer enfin l'état du péritoine et des organes voisins. Il est nécessaire d'avoir bien présentes à l'esprit les lésions diverses que l'on rencontre dans l'inflammation des voies biliaires ; car, sans ces données anatomo-pathologiques, on ne peut discuter sur l'utilité d'une intervention.

C'est en me basant sur ces données, que je préciserai plus loin les indications de l'intervention dans la lithiase de la vésicule et dans celle des voies principales. J'étudierai, à ce moment, la valeur séméiologique des différents symptômes de la cholélithiase : douleurs, fièvre, ictère, augmentation de volume du foie, insuffisance hépatique, etc.

Disons seulement ici, qu'en dehors de toute considération anatomique, il faut tenir un compte sérieux de l'état général du malade. Ainsi, chez les lithiasiques que des accès trop fréquents auraient rendus morphinomanes, il ne faudra pas hésiter à recourir à l'intervention ; chez les diabétiques, les artério-scléreux, les cardiaques, chez tous ceux, en un mot, qui ont une tare organique quelconque, il faudra au contraire s'abstenir de toute intervention, qui n'aurait pas une indication d'urgence. De même, pendant la grossesse, on n'aura recours au traitement chirurgical que dans les formes qui constituent un danger immédiat pour la femme enceinte.

Enfin, dans tous les cas, on tiendra compte de l'état social du malade. Il est bien certain, comme le dit Kehr, que « chez les patients, à qui la fortune donne tous les moyens de se soigner, chez les femmes qui peuvent passer leur journée, étendues sur une chaise longue, et qui ont le loisir d'aller de Karlsbad à Neunahr, de Tarasp à Vichy, l'opération est beaucoup moins indiquée que chez ceux à qui la fréquence des accès interdit toute vie laborieuse, et que la double nécessité de se soigner et de travailler jette rapidement dans le marasme et dans la misère ».

En réalité, et si l'on veut envisager la question seulement à un point de vue général, il semble que la seule question importante, c'est de savoir à quel moment il convient d'opérer.

Les considérations que nous avons développées plus haut nous ont appris que la cholécystite calculieuse tend à infecter d'une part, le péritoine ; d'autre part,

les voies biliaires et le foie. Nous savons, en outre, que l'infection péritonéale et l'infection biliaire sont bien plus graves et d'un accès bien plus difficile que l'infection vésiculaire. Nous avons vu que secondairement, des lésions d'ordre divers pouvaient venir compliquer la lithiasé. Il semble donc bien, pour toutes ces raisons, que la précocité d'intervention est la meilleure garantie du succès. Pratiquée à ce moment, l'opération est beaucoup plus facile, elle est exécutée dans de bien meilleures conditions. Elle est faite plus complètement et, ainsi, elle acquiert une efficacité plus complète et met définitivement le malade à l'abri des complications ultérieures. La règle est donc celle qui a été formulée par un grand nombre de chirurgiens : « Il faut opérer lorsque la lithiasé est encore à sa phase vésiculaire, il ne faut pas attendre la phase cholédocique. » Est-ce à dire qu'il faudra faire appel au chirurgien dès le premier accident ?

La réponse à cette question a été donnée par Léon Bernard, dont nous ne saurions mieux faire que de reproduire les conclusions :

« Dans tous les cas, dit-il, où, dès le début, on a l'indice d'une infection grave, si la symptomatologie est celle d'une cholécystite aiguë, sévère, il faut d'emblée recourir à l'intervention. Dans les cas légers, au contraire, dans ceux qui relèvent de l'ancienne colique hépatique mécanique, on pourra attendre et mettre en œuvre le traitement médical. Mais il ne faudra pas se reposer sur ce diagnostic faussement rassurant ; il faudra bien considérer le malade comme un infecté, afin de surveiller les progrès de cette infection. Et si le

traitement médical échoue, si les crises se répètent, il ne faudra plus hésiter ; et, redoutant l'entrée en scène de la péritonite ou de l'angiocholite, ne plus surseoir et adopter le facile traitement de la cholécystite. Combien, entre autres, n'a-t-on pas vu de lithiasiques, aggravés par une cure thermale de Vichy ou de Carlsbad, qui auraient bénéficié d'une intervention plus hâtive. Nous ne nions pas toutefois que, dans certains cas, le traitement médical a non seulement conjuré les crises, mais même amené une guérison définitive de la maladie. Mais nous pensons que ces cas sont exceptionnels ; pour laisser au malade le bénéfice de la possibilité de cette éventualité, on peut commencer par prescrire le traitement médical ; mais il ne faudra pas s'y tenir trop longtemps, surtout si l'on ne constate pas l'issue de calculs par les fèces, ce qui est la règle, ou si l'on constate le développement de péri-cholécystite, ce qui est fréquent.

Les mêmes règles de conduite doivent être adoptées pour la cholécystite que pour l'appendicite dont l'évolution est commandée par les mêmes lois.

Tout milite en faveur du traitement chirurgical : la nature infectieuse, locale, de la maladie ; son siège d'abord circonscrit, puis progressivement plus étendu ; les complications redoutables qu'elle engendre ; l'inefficacité et les aléas du traitement médical opposés à l'efficacité et à la précision du traitement chirurgical.

C'est au chirurgien averti de décider dans chaque cas particulier l'acte opératoire ; ce que le médecin doit retenir, c'est que la cholélithiasse n'est à l'origine qu'une variété de cholécystite, qu'à ce moment elle n'est

qu'une affection locale, peu dangereuse, et d'un accès chirurgical aisé et efficace, que par la suite elle peut devenir une affection plus générale, redoutable par bien des côtés, et d'un traitement plus épineux et moins sûr ; que donc, il doit s'adresser à la chirurgie, dès qu'il s'est convaincu que le traitement médical n'entrave pas le développement des accidents, qu'il aura appris à reconnaître ».

CHAPITRE II

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA LITHIASÉ DES VOIES BILIAIRES ACCESSOIRES

Au point de vue clinique, la lithiasé de la vésicule et du cystique se présentent sous des aspects bien différents les uns des autres. A côté des formes plus ou moins typiques, dans lesquelles le syndrome de coliques hépatiques se trouve plus ou moins bien réalisé, on sait qu'il en existe un grand nombre d'autres, où les calculs simulent souvent soit une lésion de l'estomac, soit une lésion de l'appendice, soit encore une altération du rein. Mais au point de vue chirurgical, ces formes séméiologiques ne sauraient entrer en ligne de compte, et c'est l'évolution de la lithiasé, qui seule, doit être prise en considération. Peu importe que les douleurs siègent dans l'hypocondre ou dans la région appendiculaire, et que les crises douloureuses s'accompagnent de leurs irradiations classiques ou prennent le masque de la simple gastralgie. Il faut seulement chercher à se rendre compte du degré d'infection de la vésicule et des altérations locales ou générales qui en dépendent.

A ce point de vue, il me paraît indispensable d'étudier séparément les formes aiguës et les formes chro-

niques de la cholécystite calculeuse ; puis, les accidents mécaniques dus à la cholélithiase. Mais, avant d'en préciser les indications, je résumerai dans un paragraphe spécial, les avantages et les inconvénients des différentes opérations qui se pratiquent actuellement sur les voies biliaires accessoires.

I. — VALEUR DE DIFFÉRENTES OPÉRATIONS SUR LES VOIES BILIAIRES ACCESSOIRES

Parmi les différents procédés destinés à la thérapeutique de la lithiase des voies accessoires, il en est un certain nombre qu'on ne saurait utiliser aujourd'hui, et dont il est presque inutile de citer les noms. C'est ainsi que la simple ponction à travers les parties molles est une opération dangereuse, qu'on ne devra jamais pratiquer. De même, on ne fera jamais de cholécystolithotripsie sans ouvrir la vésicule et sans la drainer. Cette opération doit seulement servir à l'extraction de calculs enclavés au collet de la vésicule ou dans le canal cystique et doit toujours être combinée à la cholécystostomie. D'ailleurs, certains chirurgiens lui préfèrent la cysticotomie, car elle permet de reconnaître l'état de la muqueuse et de dépister les ulcérations qui siègent souvent à ce niveau.

La *cholécystostomie* comporte différentes variétés. Se contente-t-on d'ouvrir la vésicule et de la refermer sans drainage, en abandonnant la suture dans la cavité péritonéale ou en la fixant à la paroi abdominale, on

réalise alors la taille idéale de de Meredith, avec ou sans cholécystopexie.

La *cholécystostomie* en deux temps n'a plus aucun défenseur actuellement, car elle ne permet pas d'explorer les voies biliaires. Pour les mêmes raisons, on ne pratique guère la taille vésiculaire après fixation première. Il s'agit là d'une méthode, qui ne doit être suivie qu'aux cas où une mauvaise anesthésie et les efforts du malade pourraient rendre dangereuse la fixation secondaire à la paroi. En règle générale, c'est donc à cette dernière technique qu'il faut avoir recours. Après avoir exploré complètement les voies biliaires, on protège la cavité péritonéale avec des compresses, on ouvre la vésicule et ce n'est qu'après l'avoir vidée qu'on en fixe les bords à la paroi. Pour cela, on sait que les fils qu'on met sur la vésicule ne doivent pas intéresser la muqueuse. De même, au niveau de la paroi, il ne faut, autant que possible, ne prendre que le péritoine et l'aponévrose sus-jacente. On diminue par cela, les risques de l'apparition d'une fistule persistante.

Dans quelques cas, où il est impossible de fixer la vésicule à la paroi, on fait le drainage à la Poppert, qui consiste essentiellement, comme on le sait, à mettre un tube non perforé dans la vésicule, suturée jusqu'à son contact ; à entourer ce tube de gaze, pour que la bile ne filtre pas dans le péritoine, et enfin, à faire ressortir drain et mèches par l'incision cutanée. Certains chirurgiens préfèrent cette méthode à la cholécystostomie proprement dite et ils pensent ainsi éviter la production d'adhérences douloureuses à la paroi ;

ceci est très contestable, à mon avis, car le péritoine, au contact des mèches, réagit par la production de néo-membranes, qui fixent peut être même plus solidement la vésicule que ne l'aurait fait la fixation avec quelques points de suture. Je crois donc que le seul avantage de la méthode est de permettre le drainage de la vésicule, dans les cas où elle ne peut être amenée à la peau.

La *cholécystectomie* est une opération qui gagne tous les jours du terrain, et nous verrons tout à l'heure qu'elle est actuellement pratiquée par la majorité des chirurgiens. Elle peut être partielle et totale ; mais, la première s'appliquant à des lésions localisées au fond de l'organe ne constitue pas à proprement parler un procédé spécial. Ses avantages et ses inconvénients sont ceux de la cholécystostomie ou de la taille idéale qui en sont le complément nécessaire.

La cholécystectomie totale peut se faire en commençant la libération de la vésicule soit au niveau du cystique, soit au niveau du fond de l'organe. Classiquement, elle consiste essentiellement, après avoir lié l'artère cystique au niveau du canal cystique, à inciser le péritoine sur chacun des bords du cholécyste, puis à libérer la fossette cystique et, enfin, à mettre une ligature ou à suturer le canal cystique. On rapproche ensuite les deux bords de la fossette cystique par quelques points au catgut. Mais, à côté de ce procédé classique, à la suite de Doyen, qui la décrivit le premier en 1899, nous avons appris actuellement à faire l'ablation sous-séreuse de la vésicule, c'est-à-dire à tailler deux lambeaux péritonéaux sur sa face infé-

rieure, à les décoller de la musculieuse vésiculaire et, enfin, après l'ablation de la vésicule, à se servir de ces deux lambeaux pour péritoniser la fossette cystique et à établir un drainage sus-péritonéal. Je reviendrai, d'ailleurs, sur ce procédé en étudiant les opérations de choix dans la lithiasie biliaire (voy. chap. VII).

Sur le *canal cystique*, on pratique quelquefois, ainsi que nous l'avons dit, la cysticotomie, et comme on fait en même temps une cholécystostomie, le plus souvent on suture le canal incisé. Disons, en terminant, qu'actuellement on tend de plus en plus dans toutes les cholécystectomies à faire l'ablation complète du cystique et à sectionner ce canal au ras de son insertion cholédocienne.

Telles sont toutes les interventions susceptibles d'être appliquées au traitement chirurgical de la lithiasie vésiculaire ou cystique.

Pour bien en comprendre la valeur, il faudrait connaître les conditions dans lesquelles on peut les employer. Il me paraît indispensable cependant d'en donner dès maintenant les avantages et les inconvénients.

Contre la *cholécystendyse*, on a fait valoir surtout le danger, qui résulte de la non-étanchéité des sutures. La bile pourrait filtrer à travers les lèvres de l'incision rapprochées, et comme on n'est jamais sûr de l'absence de germes pathogènes dans la bile, on pourrait voir se développer à la suite des péritonites septiques redoutables. En réalité, cet accident s'est produit plus d'une fois, et c'est même ce qui avait amené certains auteurs à pratiquer la cholécystopexie et l'exclusion péritonéale

de la suture vésiculaire après toute taille idéale. On évite ainsi le danger d'une inoculation péritonéale secondaire et, en cas d'insuffisance de la suture, c'est dans la paroi abdominale que se développe l'infection. Les statistiques déjà anciennes de Heusner, Courvoisier, Czerny, Roux ont montré que l'opération de Meredith ne constituait pas une opération dangereuse entre des mains exercées à la suture; et récemment encore Löbker (37 cas sans aucune mort), Küster (30 cas avec 2 morts), Kocher (31 cas sans mort) n'ont eu qu'à se féliciter des résultats immédiats obtenus par cette méthode.

De tous les reproches qu'on lui a adressés, un seul doit persister à mon avis. C'est l'incertitude d'une thérapeutique complètement efficace, par suite de la difficulté qu'il y a à s'assurer la perméabilité des voies biliaires sous-jacentes et du degré d'inflammation des parois vésiculaires. C'est là, il me semble, la seule hésitation qu'on puisse avoir à l'employer et c'est pour ce motif, qu'on doit lui préférer actuellement la stomie ou l'ectomie vésiculaire.

Cholécystostomie et cholécystectomie. — La cholécystostomie et la cholécystectomie sont les deux opérations qui sont le plus constamment appliquées au traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire, mais l'accord n'est pas encore fait aujourd'hui sur leur valeur respective. Il importe donc d'analyser minutieusement les différents arguments que l'on a donnés en faveur de l'une ou l'autre de ces opérations.

a) *Facilités d'exécution.* — On a reproché à la cho-

lécystectomie d'être une opération plus difficile que la cholécystostomie, parce qu'elle nécessite des manœuvres dans la profondeur ; et il est bien évident que si l'on se contente de découvrir la vésicule et de la fixer à la paroi, on réalise une opération beaucoup plus simple que son ablation. Mais, la cholécystostomie ainsi comprise est une opération fort incomplète qui s'adresse uniquement aux cas d'urgence. Dans tous les cas où la chose est possible, avant de faire la taille vésiculaire, il faut aussi aller faire des manœuvres dans la profondeur, explorer les voies biliaires et rechercher s'il n'existe pas de calculs plus profondément. L'opération n'est donc plus déjà aussi simple. Bien plus, si pour faire une exploration complète de l'arbre biliaire et pour compléter les notions acquises par la palpation, on veut cathétériser les voies principales, on obtiendra presque toujours un échec, si l'on a fait la taille vésiculaire, tandis que par le moignon cystique, le cathétérisme est très facile.

b) *Drainage des voies biliaires et expulsion secondaire des calculs.* — Le second reproche qu'on adresse à la cholécystectomie c'est de ne pas faire le drainage des voies biliaires et de ne pas permettre l'expulsion secondaire de calculs. Mais ce reproche ne saurait persister, lorsque nous aurons dit que la cholécystectomie idéale est une opération d'exception, au même titre que la cholécystendyse, et que l'ablation de la vésicule doit être suivie du drainage des voies biliaires par le moignon dans tous les cas où il y a des traces d'inflammation. C'est parce qu'on oppose constamment la cholécystectomie avec suture du moignon et fermeture

complète de la paroi à la taille vésiculaire que l'on arrive à cette conception que c'est une opération plus grave et moins sûre que la seconde.

Il faut, au contraire, reconnaître que la cholécystectomie est bien le traitement de choix dans l'infection vésiculaire. Non seulement, en effet, elle enlève le foyer de l'infection, mais encore elle réalise un drainage direct des voies biliaires infectées, beaucoup plus efficace que le drainage par le canal sinueux que représentent la vésicule et le cystique souvent rétréci.

Ainsi comprise, la cholécystectomie assure donc un drainage beaucoup plus parfait que la cholécystostomie. Pour les mêmes raisons, elle me paraît beaucoup plus propice à favoriser l'élimination secondaire des calculs.

c) *Mortalité immédiate et résultats éloignés.* — La cholécystectomie, pendant longtemps, a donné une mortalité plus élevée que la simple cholécystostomie. Mais, les accidents d'hémorragie ou de péritonite, qu'on observait au début de la résection vésiculaire ont complètement disparu depuis que nous sommes mieux fixés sur la technique de cette opération et, actuellement, la gravité de la taille ou de la résection vésiculaire est sensiblement la même. Quant aux résultats éloignés, il n'est pas douteux que la persistance des phénomènes douloureux (adhérences, éventration, récurrence de calculs) relèvent presque toujours d'une cholécystostomie, tandis que ces complications ne s'observent que rarement après la cholécystectomie. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ces résultats dans un chapitre spécial.

d) Nous verrons également que le cancer de la vésicule est le plus souvent secondaire à la lithiasie. La cho-

lécystectomie a donc l'avantage de *prévenir la dégénérescence maligne* d'une vésicule enflammée et, sans aller jusqu'à dire avec Bramann, que le meilleur traitement des néoplasies vésiculaires, c'est d'enlever des vésicules non cancéreuses, il faut reconnaître que souvent le microscope révèle l'existence d'un cancer au début dans des cas, où l'on se croyait seulement en présence d'une cholécystite chronique et qui n'aurait pas manqué d'évoluer rapidement, si l'on avait fait une simple cholécystostomie.

e) Un seul argument resterait donc en faveur de la cholécystostomie, c'est que, suivant l'expression de Lejars « elle réserve l'avenir ». Mais actuellement, où l'on ne fait aucune intervention sur les voies biliaires accessoires sans avoir fait une exploration minutieuse des voies biliaires principales, du pancréas et des organes voisins et sans s'être assuré qu'il n'existe aucun obstacle irrémédiable au cours de la bile vers l'intestin, l'avenir n'a guère besoin d'être réservé. Il ne faut pas d'ailleurs trop se préoccuper, je crois, des anastomoses qu'on pourrait être appelé à pratiquer dans la suite pour rétablir le cours de la bile interrompu par un obstacle définitif, car, dans ce cas, les canaux biliaires qui siègent au-dessus de l'obstacle ne manqueront pas d'être distendus, et il sera toujours possible de réaliser une de ces opérations anastomotiques entre les voies principales et l'intestin, que nous avons appris à connaître récemment.

Il m'a paru nécessaire de bien établir d'avance les avantages et les inconvénients généraux de la cholécystostomie et de la cholécystectomie.

Je ne me baserai désormais, pour poser les indications de l'une et l'autre méthode, que sur les résultats immédiats ou éloignés qu'ont donnés ces opérations dans les diverses catégories de faits que j'envisagerai. J'ajoute seulement ici que l'ablation de la vésicule n'a jamais donné lieu à aucun trouble physiologique.

Brownlee (*N.-Y. med. Record*, 1904) a prétendu récemment que la vésicule est un régulateur important de la pression pour les fonctions du foie. Il croit que les récidives de calculs ne sont pas plus fréquentes dans la vésicule que dans le cholédoque, et il pense aussi que l'infection du foie est facilitée par l'ablation de la vésicule. Mais les recherches déjà anciennes de Nasse (1894) et d'Oddi (1898), celles plus récentes d'Häberer et Clairmont (*Langenbeck's Archiv*, 1904), de Voogt (*Cent. f. Grenzgebiete*, 1907), ont montré que l'ablation de la vésicule n'amène aucun trouble appréciable. S'il reste un moignon cystique, celui-ci se dilate et peut arriver à reconstituer un nouveau réservoir pour la bile. Dans ce but, Lindner a proposé de toujours laisser une portion du cystique, pour que l'organisme puisse refaire une vésicule. Mais la majorité des chirurgiens conseillent, au contraire, de sectionner le cystique au ras du cholédoque, de façon à éviter toute reproduction d'une vésicule, qui pourrait entraîner une récidive. Cette ablation complète ne détermine aucun accident dans l'excrétion de la bile et c'est le cholédoque dilaté qui sert de réservoir à ce liquide dans l'intervalle des périodes digestives.

II. — INDICATIONS DE L'INTERVENTION ET CHOIX DU PROCÉDÉ DANS LES CHOLECYSTITES AIGUES

A. Indications opératoires. — Dans un grand nombre de cholécystites simples, le repos au lit, l'application de cataplasmes chauds ou de compresses froides, des boissons alcalines peuvent amener une amélioration rapide et prolongée. Mais la cholécystite, d'apparence bénigne au début, peut devenir ensuite plus sérieuse, et il faut préciser les conditions de l'intervention. Lorsque le traitement que nous venons d'indiquer amène une diminution des troubles observés, si la température est peu élevée et que le pouls n'est pas accéléré, si la tuméfaction de la vésicule disparaît au bout de quelques jours, il faut, suivant les conseils de Kehr et de Körte, renoncer à une opération immédiate et attendre l'apparition d'une nouvelle poussée, pour en poser les indications. Il y a trop de malades, qui présentent une seule atteinte de cholécystite calculieuse dans leur vie, et qui restent ensuite complètement guéris, pour leur proposer dès la première crise une opération, qui donne encore 2 pour 100 de mortalité. L'intervention précoce préconisée par Riedel dans tous les cas de cholécystite calculieuse est une opération inutile dans bien des cas, puisqu'on peut obtenir par le traitement médical la disparition complète des phénomènes inflammatoires. Il n'est d'ailleurs pas douteux que les résultats éloignés, qu'on obtient ainsi, sont bien moins satisfaisants que lorsqu'on attend pour opérer la disparition complète des phénomènes inflammatoires.

Quand, au contraire, ces différents symptômes (fièvre, pouls rapide, tuméfaction de la vésicule) persistent plus de huit jours, il ne faut pas s'attarder plus longtemps aux moyens médicaux, et il devient nécessaire de faire le drainage de la vésicule, pour arrêter les progrès de l'infection. Enfin, il est bien évident que dans les formes graves d'emblée, où l'infection revêt une allure suraiguë, et où il y a des signes généraux inquiétants, l'intervention doit être aussi précoce que possible.

En résumé, il faut attendre dans les formes simples de la cholécystite et toujours opérer au plus vite dans les formes purulentes ou gangréneuses.

B. Choix du procédé. — Nous ne nous occuperons ici que des formes aiguës infectieuses; les autres, ainsi que nous venons de le dire, devant être opérées à froid, seront étudiées dans le paragraphe suivant.

La cholécystite aiguë infectieuse peut revêtir, comme on le sait, différentes formes anatomiques : cholécystites aiguës hémorragiques, suppurées ou gangréneuses, dont les différentes dénominations suffisent à définir les principaux caractères.

Elles s'accompagnent, le plus souvent, de très bonne heure, d'une réaction péritonéale intense, qui est le résultat soit d'une simple propagation infectieuse, soit d'une perforation.

A quelle opération faut-il avoir recours? Certains auteurs, tels que Kehr, réservent la cholécystectomie aux formes gangréneuses et, dans les autres cas, ils se contentent de drainer la vésicule. D'autres, au con-

traire, à l'instigation de Riedel, Körte, Moynihan, donnent toujours la préférence à l'ablation de la vésicule.

Contre la cholécystostomie, on a évidemment fait valoir tous les accidents de cette opération, et, en réalité, comme il s'agit toujours de malades infectés, dont l'état général menaçant impose souvent une intervention rapide, il est bien évident qu'il ne peut être question d'exploration complète des voies biliaires et qu'on est exposé par suite aux fistules persistantes, aux récidives, aux adhérences, etc., etc. En outre, il est à remarquer que le drainage est souvent insuffisant, qu'il persiste chez beaucoup de malades un état infectieux grave, dont la conséquence peut être même fatale à plus ou moins brève échéance. L'observation suivante, recueillie dans le service de M. le professeur Jaboulay, le montre d'une façon évidente.

OBS. I. — (Observation rapportée à la Société Nationale de Médecine de Lyon, par M. Papadopoulos, interne des hôpitaux). — Cholécystite calculeuse à forme d'appendicite aiguë. Cholécystostomie. — Mort au bout d'un mois.

Femme de cinquante ans, n'ayant rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Santé excellente. Elle n'a jamais toussé d'une façon continue, elle n'a jamais souffert de douleurs abdominales. Pas de crises de lithiasse biliaire. Jamais d'ictère. Cependant elle dit avoir des gastralgies survenant deux ou trois heures après les repas. Depuis six mois, elle souffre de métrorragies abondantes, causées par un fibrome utérin.

Elle était donc bien portante lorsqu'elle fut prise subitement de très fortes douleurs dans le ventre avec prédominance dans le flanc droit. Vomissements alimentaires et bilieux, Constipation.

Elle entre à l'hôpital vingt-quatre heures après, et le matin,

c'est-à-dire trente-six heures après le début de ses douleurs, la malade souffrait toujours dans le flanc droit.

A l'examen, on constate que le ventre est météorisé, mais souple, avec, toutefois, un peu de résistance de la paroi du côté droit. La palpation profonde provoque une douleur, ayant son maximum d'intensité dans le flanc, très au-dessus du point de Mac Burney, mais on ne trouve ni empâtement ni plastron. L'exploration hépatique est également négative. Les urines un peu foncées, ne contiennent pas de pigments biliaires, un peu d'albumine. Les matières ne sont pas décolorées, pas d'ictère.

La malade est fébrile et présente une accélération considérable du pouls.

L'examen rénal ne donne rien de précis, et le toucher vaginal confirme la présence d'un fibrome utérin.

On pense à une appendicite à localisation anormale, mais comme on ne trouve point de plastron bien net, une laparotomie exploratrice est pratiquée. Par une incision sur le bord externe du droit, on tombe sur un cæcum distendu avec des adhérences épiploïques. L'appendice, en position normale, est sain, de couleur normale et sans réaction péritonéale tout autour.

L'exploration remontant plus haut met en évidence une vésicule biliaire de volume à peu près normal, mais très distendue par son contenu. Elle est entourée d'exsudats et, sur sa face inférieure, on trouve une suffusion sanguine avec quelques plaques noirâtres.

La ponction de la vésicule donne issue à un liquide visqueux, noirâtre, contenant de la bile modifiée et des caillots. L'exploration de la cavité de la vésicule permet de sentir un calcul profondément placé près du canal cystique. Un doigt introduit dans cette cavité ramène en dehors ce calcul unique ayant un diamètre de 10 à 12 millimètres. En même temps on ramène deux ou trois gros caillots entourant le calcul et provenant d'une hémorragie de la cavité cystique ulcérée par ce calcul. Au niveau du point d'implantation de ce calcul la muqueuse est ulcérée et la paroi amincie.

Fermeture du ventre avec drainage abdominal et cholécystostomie.

Malgré l'ouverture et le drainage de la vésicule, la malade continue à avoir de la fièvre. Bientôt du subictère apparaît, puis des abcès métastatiques se développent à la cuisse et la malade succombe un mois après aux progrès de l'infection.

En principe, la question ne saurait être résolue ici autrement qu'elle l'est dans l'appendicite aiguë, où l'on enlève l'appendice toutes les fois que cela est possible. Cette conduite dépend surtout de l'état général du malade et des conditions locales en face desquelles on se trouve. S'il s'agit d'un malade très affaibli, et que la vésicule soit d'un abord difficile, il est bien évident qu'il ne faut pas prolonger les recherches et vouloir coûte que coûte enlever la vésicule : on doit, dans quelques cas, savoir se contenter, d'abord, d'une simple cholécystostomie ; on fera plus tard une cholécystectomie secondaire. En tout cas, comme il s'agit d'une intervention d'urgence, il est bien évident qu'on ne saurait malgré la friabilité des parois recourir à l'ouverture de la vésicule en deux temps. Il faut protéger le péritoine avec des compresses de gaze et ne pas s'arrêter avant d'avoir mis un drain dans la vésicule.

Cette conduite a été suivie par M. Delore dans les deux observations qui suivent et elle lui a donné un succès.

Obs. II. — Clinique de M. le professeur A. Poncet. — Cholécystite calculeuse aiguë. Cholécystostomie. (M. Delore). Mort.

Femme de cinquante-quatre ans, qui aurait été atteinte, à diverses reprises, de coliques hépatiques.

Actuellement, son état général est grave; il y a du délire, une langue sèche, un pouls à 130, une température de 40°3. On sent une grosse tuméfaction douloureuse au siège de la vésicule biliaire.

Opération d'urgence pratiquée par M. Delore, le 9 mai 1904. Le foie est adhérent à la paroi ainsi que la vésicule biliaire, volumineuse, contenant 300 grammes au moins de mucus et de pus. Au fond, on trouve six calculs noirâtres, taillés à facettes. Le bassin est dilaté. En raison de l'état général, on ne fait pas l'exploration du cholédoque, et l'on se borne à une rapide cholécystostomie.

Mort vingt-quatre heures après.

Obs. III. — Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie d'urgence secondaire. Fistule biliaire persistante. Cholécystectomy. (M. Delore). Guérison.

Femme âgée de soixante-dix ans, souffre de l'estomac depuis dix ans. Les troubles digestifs se sont aggravés dans ces derniers mois. Il y a quatre jours, enfin, l'état général est devenu plus mauvais : nausées, langue sèche, température à grandes oscillations de 38 degrés à 40°5. Jamais d'ictère.

On trouve une tumeur douloureuse dans l'hypocondre droit qui rappelle, par sa forme et ses caractères, une grosse vésicule.

Diagnostic : cholécystite calculeuse suppurée.

Le 10 août 1906, M. Delore fait une cholécystostomie en un temps, après fixation première de la vésicule. Celle-ci, libre dans le péritoine, contient beaucoup de pus bien lié, pas de bile et vingt calculs. L'opération est rapidement menée à cause du mauvais état général et du grand âge de la malade. C'est pour ces motifs que l'on avait également fait la fixation première de la vésicule.

Les suites furent très simples, mais il resta une fistulette vésiculaire, qui continua à donner du pus, du mucus et un peu de bile. De temps à autre, la température montait à 38 degrés, 38°5, et, quoique très améliorée, la malade réclama avec instance une guérison définitive. M. Delore se décida donc, le 22 octobre,

quer une *cholécystectomie*. La vésicule était toute petite, épaissie avec une muqueuse d'aspect fongueux ; on trouve également un petit calcul logé dans le bassin.

Guérison rapide maintenue parfaite en mai 1908.

Dans tous les cas où cela est possible, on aura recours de préférence à la *cholécystectomie* avec drainage de l'hépatique.

Cette conduite, dont Körte s'est fait récemment le défenseur. et qui a été adopté, depuis, à la clinique de Czerny, a certainement l'avantage de donner des résultats éloignés bien meilleurs. Quant aux résultats immédiats, il est certain que, si elle n'est pas appliquée indistinctement à tous les cas, elle n'aura pas une mortalité plus élevée.

C. Résultats. — Sur les 24 malades traités par Körte, 10 ont été *cholécystostomisés*, 14 ont subi une *cholécystectomie*.

a) La *cholécystostomie* a donné :

1 mort (coma diabétique), au treizième jour ; 1 cas d'infection grave persistante pendant quatorze jours ; 3 fistules permanentes ; 2 récidives au bout de six et dix ans.

b) La *cholécystectomie* a été suivie de mort dans 3 cas :

2 fois par collapsus, 1 fois par péritonite dans un cas où il y avait un phlegmon biliaire.

A la clinique de Kümmel, 16 malades ont été opérés.

a) La *cholécystostomie* sur 120 cas, a donné :

5 morts (dans les 5 il y avait péritonite généralisée).

75 guérisons : dont 2 avec fistule, 1 récidive.

b) La *cholécystectomie*, dans 4 cas, a donné :

2 morts (dans les deux cas il y avait des calculs du cholédoque avec angiocholite).

2 guérisons.

A la clinique d'Heidelberg, de 1898 à 1906, nous avons trouvé 19 observations.

a) *Cholécystostomie* 10 cas.

2 morts : l'une au septième jour de péritonite, malgré le drainage. L'autre au cinquième jour de broncho-pneumonie.

8 guérisons, dont 1 avec fistule, 2 avec récurrence des douleurs.

b) *Cholécystectomie*, 9 cas.

2 morts : l'une au huitième jour de pneumonie et l'autre, au trente-quatrième, de septicémie (abcès sous-phrénique).

7 guérisons.

Lilienthal enfin sur 29 malades cholécystectomisés en pleine poussée aiguë, dont 7 cholécystites gangréneuses n'a eu qu'une mort, due à l'infection hépatique antérieure.

D. Conclusions. — De tous ces faits, il faut évidemment conclure que, dans la cholécystite aiguë infectieuse, qu'il s'agisse de formes purulentes ou gangréneuses, le traitement de choix, c'est la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Mais des contre-indications peuvent résulter de l'état général du patient ou de l'état local des lésions. Dans ce cas, on devra toujours faire la cholécystostomie immédiate, en un seul temps, quitte à pratiquer secondairement l'ablation de la vésicule, si cela devient nécessaire.

L'existence d'une péritonite généralisée commande ordinairement la cholécystostomie simple, en raison de l'état général grave, qui l'accompagne.

S'il s'agit seulement d'une péricholécystite suppurée, le traitement doit être le même que dans l'ap-

pendicite avec abcès. Après avoir vidé et asséché complètement la poche purulente, il faut faire l'ectomie dans tous les cas, où elle est facilement praticable.

III. — INDICATIONS DE L'INTERVENTION ET CHOIX DU PROCÉDÉ DANS LES CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES

L'inflammation chronique de la vésicule se traduit, au point de vue anatomique, par des lésions, qui affectent les types les plus divers : cholécystite catarrhale, hydropisie de la vésicule, empyème, cholécystite scléreuse à forme atrophique ou hypertrophique, etc.

Mais, au point de vue clinique, la cholécystite chronique se traduit soit par des poussées inflammatoires répétées (cholécystite chronique récidivante), soit par une tumeur de la vésicule, sans qu'il existe de signes d'infection (hydropisie de la vésicule), soit enfin par des symptômes de suppuration vésiculaire (empyème de la vésicule avec ou sans péricholécystite). Je vais étudier successivement les indications opératoires que comporte chacune de ces formes. Puis, je m'occuperai du choix du procédé.

A. Indications opératoires. — 1° *Cholécystite chronique récidivante.* — Chez un grand nombre de malades la présence de calculs dans la vésicule ou le cystique détermine, à des intervalles plus ou moins rapprochés, le retour de crises hépatiques, qui se traduisent, chaque fois, par des douleurs plus ou moins

localisées à la vésicule, par des vomissements, de la fièvre et quelquefois par de l'ictère. Au moment des accès, la région vésiculaire est douloureuse à la pression, et la palpation, dans les cas favorables, permet de reconnaître une distension du cholécyste.

Dans un certain nombre de cas, il s'agit de malades chez lesquels à la suite du repos au lit, de l'application de glace ou de cataplasmes chauds, la guérison complète a été obtenue. Après l'accès, le malade ne souffre plus, l'examen ne révèle rien d'anormal dans la région vésiculaire; toute trace d'inflammation semble avoir disparu. Faut-il intervenir dès la première poussée?

Pour certains auteurs (von Winiwarter, Deaver, Lilienthal), la question n'est pas discutable. Il faut se comporter avec la vésicule comme avec l'appendice et faire l'opération, sans attendre le retour de nouvelles crises. Mais la majorité des auteurs ne partagent pas ce radicalisme opératoire. L'intervention dans ces conditions présente évidemment le minimum de difficultés et de dangers. Mais il y a trop de malades, chez lesquels les coliques hépatiques restent un accident unique dans leur existence, pour qu'on puisse immédiatement leur proposer un traitement chirurgical. Après une première poussée de coliques hépatiques, il faut donc attendre le retour de nouveaux accidents pour décider de l'intervention; on ne doit recourir au traitement chirurgical que dans les formes où l'on a, d'emblée, l'impression de s'être trouvé en présence d'une infection sévère.

La cholécystite chronique récidivante proprement dite fait l'objet de nombreuses discussions théra-

peutiques. Pour Kehr, il y a un certain nombre de malades, que le traitement thermal améliore tellement, que l'opération devient tout à fait inutile. Ce chirurgien ne croit pas qu'on puisse par ce moyen obtenir une guérison effective, et qu'on arrive à débarrasser la vésicule de toutes les concrétions calculeuses, qu'elle renferme; mais pour lui, peu importe, ce qu'il faut chercher surtout, c'est à éteindre le processus inflammatoire qui se rencontre toujours dans la lithiase. Si les accès cèdent facilement et s'ils sont séparés par une période de latence absolue (insensibilité complète de la région vésiculaire), il est inutile d'opérer. De même, les accès qui s'accompagnent chaque fois d'ictère et d'expulsion de calculs par les selles sont d'ordre exclusivement médical, à moins qu'ils ne reviennent trop souvent et qu'on n'ait aucun espoir d'obtenir la guérison par ce moyen. La fréquence et la durée des poussées de cholécystite sont la seule raison d'être de l'intervention. Körte, Kümmel interviennent lorsqu'entre les accès, il persiste des phénomènes douloureux au niveau de la vésicule; Riedel au contraire est beaucoup plus interventionniste.

C'est ici, je crois, que les progrès réalisés dans la technique chirurgicale doivent surtout être pris en considération, pour conseiller au malade une opération, qui seule peut faire disparaître l'état latent d'infection, dans lequel se trouve la vésicule. Il ne faut pas attendre d'avoir la main forcée par les événements pour faire une opération, qui risque parfois d'être exécutée dans les plus mauvaises conditions. Il s'agit d'un malade, qui reste en puissance d'accident aigu, puisque, sous le

moindre prétexte, on voit l'infection se réveiller et déterminer de nouvelles crises hépatiques. Ces accès s'accompagnent souvent d'ictère, ce qui traduit l'angiocholite concomitante. Il faut donc opérer et faire le drainage des voies biliaires. L'opération, dans bien des cas, montre d'ailleurs qu'il existe des lésions cholécystiques ou péricholécystiques beaucoup plus considérables qu'on l'aurait supposé.

2° *Hydropisie de la vésicule.* — A la suite d'une ou plusieurs crises aiguës, parfois même assez insidieuses, le canal cystique obstrué, la vésicule se distend et forme une tumeur aux contours lisses et arrondis, suspendue en quelque sorte au bord inférieur du foie, dont elle suit les mouvements pendant les différentes phases de l'acte respiratoire. Cette tumeur ne donne le plus souvent lieu à aucun symptôme fonctionnel : pas de douleur, pas de troubles digestifs. A l'examen, la paroi abdominale est souple et ne présente pas le moindre état de défense.

Tel est, en quelques mots, l'hydropisie vésiculaire dans ses formes les plus typiques.

La lésion, comme on le sait, ne constitue pas un danger immédiat pour l'individu qui en est atteint, car la perforation est tout à fait exceptionnelle, mais aucun traitement médical ne saurait la modifier ou en amener la disparition.

Au point de vue chirurgical, d'ailleurs, on est loin de s'entendre sur ses indications opératoires.

Pour Kehr, l'hydropisie ne constitue pas par elle-même une lésion justiciable de l'intervention et on ne doit faire son ablation précoce que chez les malades qui

exercent un métier pénible, ou qui ont des antécédents de cancer. Dans tous les autres cas, il faut attendre que des accidents quelconques justifient cette opération.

Körte n'intervient que chez les malades, dont la tumeur est le siège de phénomènes douloureux, car ces douleurs sont l'indice de poussées inflammatoires. Enfin, d'autres, avec Kümmel font de l'existence de l'hydropisie une indication absolue, sous prétexte que cette tumeur, toujours susceptible de s'enflammer, peut devenir ainsi la cause d'accidents plus ou moins redoutables.

Pour nous, nous serions assez disposés à partager l'avis de Kümmel, car l'ablation d'un hydrops est une opération simple, facile, et qui présente le minimum des risques opératoires. J'ai pu récemment voir mon maître, M. le professeur A. Pollosson, intervenir, dans ces conditions, chez une malade qui était entrée dans son service pour une fausse couche. La cholécystectomie sous-séreuse fut suivie d'un résultat parfait. Voici d'ailleurs cette observation :

Obs. IV. — Hydropisie de la vésicule. Cholécystectomie sous-séreuse (M. le professeur A. Pollosson). Guérison.

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, qui était entrée à la Charité le 6 avril 1907 pour une fausse couche. En examinant cette malade, on découvrit dans le flanc droit, une tumeur un peu plus grosse que le poing, rénitente, mais sur laquelle elle n'attirait nullement l'attention. Un an auparavant, un médecin lui avait dit qu'elle avait un kyste de l'ovaire et lui avait conseillé une opération; mais comme elle ne souffrait pas, elle n'en avait rien fait.

Il s'agissait d'une tumeur arrondie, très régulière, et de

consistance partout égale. Dans le décubitus dorsal, elle était toujours située à droite de la ligne médiane, occupant à la fois l'hypocondre et le flanc droits, et la région ombilicale; sa limite inférieure était à environ deux centimètres au-dessous de l'ombilic. D'une extrême mobilité, elle se déplaçait dans tous les changements de position de la malade. Mais avec la palpation, on pouvait également l'amener progressivement aux extrêmes limites latérales de l'abdomen, et à gauche notamment on pouvait la refouler jusque dans la région splénique. Dans la position de Treudelenbourg, la tumeur gagnait l'épigastre et elle se cachait en grande partie sous les fausses côtes. On sentait très bien le rein droit tout à fait indépendant de la tumeur; la percussion révélait une zone sonore entre la zone de matité hépatique et celle de la tumeur. Il ne s'agissait pas d'un kyste de l'ovaire: le pelvis était complètement libre; de même l'absence des signes urinaires et la perception très nette du rein permettaient d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur rénale ou d'une hydronéphrose.

La malade ne dit qu'après l'opération, après un interrogatoire très serré, qu'elle avait eu, il y a quatre ans, des crises gastriques très violentes avec des vomissements. Aussi cette notion n'étant pas connue avant l'intervention; la malade d'autre part, n'ayant jamais eu d'ictère, on avait éliminé la possibilité d'une tumeur vésiculaire et on avait pensé qu'il s'agissait probablement d'un kyste de l'épiploon.

L'intervention proposée à la malade fut pratiquée le 27 avril 1908 par M. le professeur Aug. Pollosson. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Après l'ouverture du péritoine, on reconnaît, que la tumeur en question n'est autre qu'une grosse vésicule, appendue au foie par un long pédicule, et séparée de son bord antérieur par le côlon transverse.

L'exploration du pédicule permet de sentir deux calculs dans la première portion du cystique, qu'on fait refluer dans la vésicule; les voies principales sont libres de tout calcul.

On amorce alors la libération de la vésicule au niveau du bassin, en faisant une incision circulaire de la séreuse. On

décortique ensuite presque tout le canal cystique qui se laisse facilement décoller de sa séreuse. Section entre deux pinces du cystique, qui est d'ailleurs oblitéré; ligature du moignon, qu'on recouvre de collerette péritonéale.

Fermeture de la paroi à trois plans de suture.

Suites immédiates excellentes; la malade n'ayant jamais atteint 38 degrés.

Au point de vue anatomique, il s'agissait d'une hydropisie calculeuse. Liquide vésiculaire absolument limpide, nombreux petits calculs dans la vésicule.

3° *Empyème de la vésicule.* — Au lieu d'une tumeur nettement délimitable, indolore, formée par une vésicule distendue, la palpation révèle, d'autres fois, une tuméfaction sous-hépatique, plus ou moins mal circonscrite. Il s'agit, dans quelques cas, de malades qui viennent d'avoir une cholécystite aiguë et chez lesquels par un traitement approprié, on est arrivé à localiser l'infection au niveau de la région vésiculaire. La cholécystite a passé à l'état subaigu ou même à la chronicité. D'autres fois, les signes observés sont allés en s'aggravant; à une cholécystite simple a succédé une suppuration de la vésicule : un abcès s'est formé, d'où la recrudescence des symptômes constatés.

Dans les deux cas, l'ensemble symptomatique en face duquel on se trouve est assez caractéristique pour que nous n'ayions pas besoin d'y insister ici.

Le malade se plaint de douleurs dans la région vésiculaire; il a souvent des troubles digestifs, des vomissements, de la constipation. Dans quelques cas, il existe du subictère; parfois même, sans qu'il y ait de calculs dans le cholédoque, on note la présence d'un ictère, qui révèle l'inflammation des voies biliaires prin-

cipales. L'état général est plus ou moins altéré du fait de la suppuration ou de l'angiocholite concomitante; souvent enfin la température reste constamment au-dessus de la normale. Ce signe n'a pas toutefois une valeur absolue et, dans un grand nombre de faits on voit la fièvre manquer complètement.

A l'examen, la palpation est douloureuse; en outre, on constate, soit un état de défense de la paroi, soit une sensation de carton mouillé, qui ont ici la même valeur symptomatique qu'au niveau de la région appendiculaire.

Lorsque tous ces signes se trouvent réunis, il n'y a pas de doute à avoir sur la nature des lésions sous-jacentes. Il y a du pus dans la vésicule et souvent même autour d'elle, il faut intervenir. La question ne saurait faire l'objet d'aucune discussion. Il importe seulement de préciser le moment de l'intervention.

L'empyème chronique de la vésicule s'accompagne quelquefois de poussées inflammatoires aiguës qui comportent les mêmes indications que les cholécystites aiguës primitives. Dans les formes suraiguës, l'intervention doit être faite d'urgence; dans les formes subaiguës, au contraire, on peut attendre la disparition de ces phénomènes pour faire une opération à froid. Mais lorsque les symptômes qui traduisent l'infection vésiculaire, douleur, fièvre, rapidité du pouls, vomissements, constipation, tuméfaction de la vésicule, n'ont pas disparu par un traitement approprié dans les huit jours, qui en suivent l'apparition, on ne doit pas attendre davantage pour intervenir. Il ne faut pas oublier que, dans ces formes, le danger est d'autant

plus grand que la lithiasé est plus récente. Les parois de la vésicule, plus normales, se laissent facilement distendre et leur perforation est d'autant plus à redouter que des adhérences vésiculaires n'ayant le plus souvent pas eu le temps de se produire, c'est en pleine cavité péritonéale, qu'elle déversera le pus qui s'en échappe.

Dans les formes chroniques, le danger pour être moins immédiat, n'en est pas moins réel, et il faut intervenir d'autant plus rapidement, qu'il existe des signes plus prononcés de suppuration vésiculaire. Dans les cas, en particulier, où il existe de la fièvre et de l'ictère, il faut parer au plus vite à l'angiocholite concomitante. Dans les formes torpides enfin, où le malade ne se plaint que de douleurs dans la région vésiculaire et de troubles digestifs, et où l'examen ne révèle qu'un empâtement vague dans l'hypocondre droit, il faut bien se convaincre que plus on attend, plus l'intervention devient délicate ; des fistules peuvent s'établir entre le réservoir de la bile d'une part, l'estomac, l'intestin grêle ou le gros intestin d'autre part, et des adhérences solides entre tous ces organes peuvent rendre l'ectomie très difficile.

B. Choix du procédé. — Je me suis occupé, jusqu'à présent, de montrer les conditions cliniques, dans lesquelles le chirurgien devait intervenir. J'ai laissé de côté tout ce qui concernait le choix du procédé, car ce n'est que lorsque l'abdomen est ouvert et que la région sous-hépatique a été minutieusement explorée, qu'on doit prendre une décision à ce sujet. J'ai déjà dit que

les lésions, que présentent la vésicule ou le cystique ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité des symptômes observés. Il existe des formes de cholécystites chroniques simples, dans lesquelles chaque crise se traduit par des douleurs intenses, par une réaction péritonéale manifeste et par une élévation de température considérable : et, cependant, à l'opération, on ne peut trouver qu'une vésicule enflammée, un peu épaissie, sans adhérences; à côté de cela, on intervient quelquefois dans des formes torpides, où l'on est tout étonné de trouver l'existence d'un abcès que rien ne laissait prévoir au point de vue clinique.

On peut donc envisager maintenant dans une étude d'ensemble, le traitement de la cholécystite chronique. Les considérations, que nous allons développer, s'appliquent indistinctement aux différentes formes que nous avons décrites jusqu'ici.

Si l'on se place au point de vue théorique, il est facile de donner les indications de tel ou tel procédé. Ainsi, la cholécystendyse convient aux cas simples où la bile présente un aspect normal, où la muqueuse n'est pas altérée et où le cystique a conservé sa perméabilité. Chez les malades où la laparotomie montre des lésions vésiculaires peu marquées, et où l'on peut espérer de voir la vésicule reprendre un fonctionnement à peu près normal après l'opération, c'est à la cholécystostomie, qu'on doit donner la préférence; mais il faut que le cystique soit reconnu ou rendu perméable au cours de l'intervention. Dans tous les autres cas, enfin, l'altération marquée des parois vésiculaires,

l'obstruction complète du canal cystique, font de la cholécystectomie la seule opération applicable.

En pratique, on pourrait admettre cette distinction pour ces deux dernières interventions ; mais doit-on recourir sans hésitation à la taille idéale ?

1° *Cholécystostomie idéale*. — Dans l'état actuel de la chirurgie biliaire, la cholécystendyse nous paraît rarement devoir être appliquée. Dans tous les cas où le chirurgien intervient, il existe en effet, le plus souvent, des signes d'inflammation ancienne, et si l'on faisait l'examen microscopique de ces vésicules, on serait étonné des lésions qu'elles présentent sous leur aspect d'apparente intégrité macroscopique.

Je n'ai trouvé ici qu'un nombre tout à fait minime de tailles idéales dans la cholécystite chronique. Dans le service de mon maître, le professeur A. Poncet, dans ces huit dernières années, on a toujours eu recours à la cholécystostomie ou à la cholécystectomie. On trouvera plus loin (voir les observations de sténoses pyloriques d'origine biliaire) un fait intéressant de Villard, dans lequel ce chirurgien fit en même temps la taille idéale du cholédoque et de la vésicule : la malade guérit sans incident. Enfin, dans un cas de Tixier, que nous avons eu l'occasion de suivre à la clinique de M. le professeur Aug. Pollosson, mais dont nous n'avons malheureusement pas pu retrouver l'observation, l'absence d'altérations macroscopiques et l'aspect tout à fait normal de la bile avaient conduit ce chirurgien à faire une cholécystotomie idéale avec cholécystopexie. Il y eut, dans les jours suivants, une forte réaction de la température et un phlegmon biliaire

se développa : ce qui prouve bien que la bile était beaucoup plus septique, qu'on n'aurait pu le supposer.

Et si l'on veut se convaincre davantage des inconvénients de cette opération, il n'y a qu'à consulter les interventions pratiquées par Kocher, par Garré et par Kümmel.

Nous voyons, en effet, qu'il sur les 31 malades chez lesquels Kocher fit cette opération il y en a 8 qui ont continué à souffrir après leur sortie de l'hôpital. De même, Garré, sur 21 opérations faites de 1895 à 1905 trouve 8 cas, dans lesquels la persistance des accidents rend la récurrence discutable.

Kümmel, dans 2 cas sur 10 de cholécystites chroniques récidivantes, traitées par la taille idéale, vit deux fois une récurrence de calculs : l'une au bout de cinq ans et l'autre après 10 ans. Dans les 11 cas d'hydropisie, où il eut recours à cette opération, il eut trois fois une fistule, et une fois un abcès de la paroi; dans un autre cas, le lendemain, apparurent des accidents infectieux, qui nécessitèrent un drainage. Deux malades ont conservé des douleurs et une autre a de l'éventration. Enfin dans 9 cas, où ce chirurgien, malgré l'existence d'un empyème, avait suturé l'incision de la vésicule, il y eut une mort par péritonite et 5 cas de fistule, qui nécessitèrent deux fois une nouvelle opération. Une autre malade eut, pendant la convalescence, des douleurs, qui paraissent dues à l'insuffisance de la perméabilité du cystique. Dans deux cas, malgré l'existence de pus dans la vésicule, il y eut une guérison *per primam*, ce qui prouve simplement que le cystique peut quelquefois suffire à assurer le drainage de cet organe.

La seule conclusion qui s'impose, c'est que, dans tous les cas de cholécystite chronique, la cholécystendyse est une méthode parfois dangereuse, souvent insuffisante, rarement efficace. Ces différents motifs l'ont fait abandonner par Kehr, par Körte, par Czerny et par beau-

coup d'autres chirurgiens, et les faits, que nous venons de passer en revue, ne peuvent que justifier cette conduite.

2° *Cholécystostomie et cholécystectomie.* — La cholécystostomie et la cholécystectomie représentent les deux opérations, qui sont le plus souvent opposées au traitement de la cholécystite chronique.

Pendant longtemps, on a discuté beaucoup sur les avantages et les inconvénients de chacun de ces procédés; mais actuellement, la cholécystectomie a rallié la majorité des chirurgiens. Il est facile de montrer, en effet, qu'entre des mains exercées, et à condition d'être suivie d'un drainage, elle ne constitue pas une opération beaucoup plus grave que la cholécystostomie. Elle a, en outre, l'avantage de donner de bien meilleurs résultats éloignés.

A la clinique de mon maître, le professeur A. Poncet, depuis 1899, M. Delore a eu recours cinq fois à la cholécystostomie et huit fois à la cholécystectomie. Il n'y eut qu'une seule mort dans un cas d'empyème de la vésicule, qu'on avait enlevé sans le ponctionner (obs. XII). Bien que l'opération ait été très correcte la malade mourut, en trente-six heures, de septicémie, et il est bien probable, comme le fait remarquer M. Delore, que le refoulement du pus dans les canaux biliaires pendant les manœuvres d'extirpation de la vésicule est la cause de cet accident.

Dans les cinq cas où on fit la cholécystostomie, il s'agissait toujours de formes subaiguës, dans lesquelles les adhérences rendaient l'ectomie difficile; une seule malade est sortie avec une fistule. Nous n'avons malheu-

reusement pas pu avoir de nouvelles de ces opérées. Dans les huit cholécystectomies qu'il a faites, M. Delore a toujours eu recours à la méthode sous-séreuse. Parmi les sept malades guéris, six ont donné récemment de leurs nouvelles : la guérison a toujours été complète.

Chez une malade de M. Bérard (obs. XVIII), qui avait demandé à ce qu'on fasse l'intervention minimum, la cholécystostomie donna des résultats déplorables, et l'on dû faire une cholécystectomie secondaire.

Enfin, un dernier cas de M. Tixier (obs. XIX) montre les simplicités opératoires de la cholécystectomie sous-séreuse.

Nous étudierons un peu plus loin les résultats éloignés obtenus avec ces deux opérations ; nous verrons que les vraies ou les fausses récidives sont beaucoup plus fréquentes après la cholécystostomie, qu'après la cholécystectomie. Pour le moment, si nous consultons seulement les résultats immédiats obtenus par différents chirurgiens, nous constatons les particularités suivantes :

Pour Mayo, dans 845 cholécystostomie la mortalité a été de 2,13 pour 100 tandis que pour 313 cholécystectomies elle est de 3,13 pour 100. Mais, dans ces derniers temps le taux des succès est devenu respectivement pour ces deux opérations de 1,47 pour 100 et 1,62 pour 100.

Winslow (cité par Guénot) à la séance du 2 décembre 1903 de la *Suffolk district medical Society* rapporte les cas opérés au *Massachussets general Hospital*, de janvier 1894 à janvier 1903, sa statistique comprend :

170 cholécystostomie avec 12 pour 100 de mortalité et seulement 36 pour 100 de guérisons définitives.

44 cholécystectomies avec 20 pour 100 de mortalité et 62 pour 100 de guérisons définitives.

Lilienthal sur 42 cholécystectomies n'a eu qu'une seule mort due à l'infection hépatique antérieure et cependant dans 29 cas il s'agissait de malades opérés en pleine poussée aiguë, dont 7 cholécystites gangréneuses.

Hartmann (*in th.* Hernette, Paris 1907), a fait :

38 opérations conservatrices sans mort.

4 fois pour empyème aigu.

16 fois pour cholécystite chronique.

14 fois pour empyème chronique.

4 fois pour cholécystite et péricholécystite.

13 cholécystectomies avec 1 mort par dilatation aiguë de l'estomac, qui ne fut malheureusement découverte qu'à l'autopsie.

Von Bardeleben sur 70 cholécystostomies a 3 cas de mort, tandis que sur 166 ectomies il n'en a que 5.

Körte dans la cholécystite chronique a obtenu les résultats suivants :

40 cholécystostomies : 1 mort.

60 cholécystectomies : 5 morts.

Kehr comptait au début de juin 1907 :

292 opérations conservatrices avec 1.8 pour 100 de mortalité

293 cholécystectomies avec 3.7 pour 100.

Garré :

45 opérations conservatrices avec 2 morts.

21 cholécystectomies avec 3 morts.

Kümmel divise ses cas de la façon suivante :

Cholécystite chronique récidivante :

Cholécystendyse, 9 cas : 0 mort.

Cholécystostomie, 14 cas : 0 mort.

Cholécystectomie, 4 cas : 0 mort.

Hydropisie :

Cholécystendyse, 11 cas : 0 mort.

Cholécystostomie, 10 cas : 0 mort.

Cholécystectomie, 7 cas : 0 mort.

Empyème de la vésicule :

Cholécystendyse, 9 cas : 1 mort.

Cholécystostomie, 23 cas : 2 morts.

Cholécystectomie idéale, 2 cas : 1 mort.

Cholécystectomie avec drainage, 3 cas : 0 mort.

Cette dernière statistique qui a l'avantage d'être établie en rapprochant des faits analogues, montre que la cholécystectomie n'est pas plus meurtrière que la cholécystostomie. Elle a en outre l'avantage de donner de bien meilleurs résultats éloignés.

Au début de sa pratique, Kehr ne pratiquait l'ectomie que dans les cas de vésicules scléreuses, qui paraissaient fonctionnellement hors d'usage et qu'il était impossible de drainer, mais l'oubli de petits calculs dans le cystique, l'impossibilité de contrôler le contenu de la vésicule, la présence fréquente d'ulcérations dans le col de la vésicule, et leur rétrécissement consécutif l'ont conduit à faire de moins en moins de cholécystostomies. Actuellement, dans les formes chroniques de lithiasé vésiculaire, qu'il opère en dehors d'une période d'infection, il recourt à la cholécystectomie ; et même dans les cas d'hydropisie de la vésicule avec oblitération calculeuse du cystique, il a abandonné la taille de ce conduit, qu'il avait été le premier à faire, en 1892, et il lui substitua l'ablation du cholécyste. Dans l'empyème enfin, cet auteur attache une grande importance à l'extirpation de la vésicule et dans tous les cas où elle est facilement extirpable, c'est à ce procédé qu'il donne la préférence. Körte, Kümmel ont adopté une conduite analogue.

Les chirurgiens anglais et américains, Mayo-Robson, Moynihan, Deaver, ont recours à la cholécystectomie dans les cholécystites chroniques à parois rétractées et sans rôle fonctionnel, dans l'hydropisie et l'empyème de la vésicule. Richardson pense, au contraire, que dans les cas où la vésicule est à peu près normale, à paroi souple, et lorsqu'elle est facilement accessible, l'ectomie n'est pas plus dangereuse que la cholécystostomie, et comme la guérison est plus rapide, c'est à elle qu'il donne la préférence. Lorsqu'il y a de l'infection des canaux profonds, il préfère le drainage par la vésicule au drainage direct par le cystique ou l'hépatique, auquel il reproche la difficulté d'exécution.

En France, la cholécystectomie a peut être mis plus long-

temps à acquérir le droit de cité ; mais actuellement la plupart des chirurgiens lui donnent une large place dans le traitement des cholécystites chroniques. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les thèses récentes de Milhiet, de Guéniot, de Guénot et d'Hernette, inspirées par Routier, Bouilly, Lejars et Hartmann, et les discussions récentes de la Société de chirurgie de Paris.

En résumé, dans tous les cas de cholécystite chronique, où la vésicule présente des altérations telles que son fonctionnement paraît en être gêné, il faut recourir à la cholécystectomie, mais on ne doit jamais la pratiquer, sans s'être assuré qu'il n'existe pas d'obstacle au cours de la bile dans le cholédoque ou au niveau du pancréas. Il faut enlever la vésicule, parce qu'elle constitue un foyer d'infection susceptible de donner lieu à de nouveaux accidents et parce que sa musculature modifiée n'est plus capable d'assurer son évacuation complète.

Conserver un tel organe c'est exposer le malade à de nouvelles poussées infectieuses dans une vésicule quise vide mal, c'est courir au-devant d'une récurrence, qu'un traitement bien compris doit précisément se proposer d'éviter. Qu'il s'agisse de lésions scléro-atrophiques ou scléro-hypertrophiques, le résultat est le même ; dans les deux cas, la vésicule présente des altérations telles que son fonctionnement ultérieur ne pourra redevenir normal, et la seule thérapeutique efficace, c'est l'ablation. Sans doute, les lésions inflammatoires pourront rétrocéder après un drainage prolongé ; mais la vésicule ne pourra, pour cela, reprendre son rôle physiologique dans des conditions suffisamment parfaites pour éviter la stase. Or ici, comme

au niveau de la vessie, la rétention appelle l'infection, d'où le retour de nouveaux accidents.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille toujours enlever la vésicule ? Il est bien évident, que chez des malades, qui ne seront envoyés que dans un état d'extrême faiblesse au chirurgien, ou qui ont des tares organiques (diabète, néphrite, etc.) qui contre-indiquent une longue opération, la cholécystostomie reprend l'avantage. Il en est de même dans certains cas où les conditions locales rendent l'extirpation de la vésicule difficile ou dangereuse.

Mais nous ne croyons pas, pour cela, que la cholécystostomie ne soit, comme on l'a dit, qu'un pis aller thérapeutique analogue à l'anus contre nature dans l'occlusion intestinale. Son emploi ne saurait être réservé aux seuls cas où la cholécystectomie est trop dangereuse ; c'est une méthode, qui est susceptible de gagner du terrain le jour où l'on opérera de très bonne heure. Je crois que dans les cas, où l'on trouve seulement une bile un peu trouble, et dans lesquels les parois vésiculaires sont saines, et le cystique perméable on peut, sans inconvénient se contenter d'une cholécystostomie.

Il s'agit là de conditions, qui sont évidemment exceptionnelles : cela prouve simplement, que la cholécystostomie, doit être une méthode d'exception.

Il n'y a plus lieu de dire que la cholécystostomie s'applique aux cas infectés, et la cholécystectomie à ceux, dans lesquels il n'y a aucune trace d'inflammation récente, car nous avons déjà dit, qu'après l'ablation de la vésicule, il faut faire un drainage par le moignon cystique dans tous les cas où il y a de l'infection. La cho-

lécystectomie idéale doit être seulement réservée à certaines hydropisies de la vésicule bien éteintes ; dans lesquelles le canal cystique est complètement oblitéré.

OBSERVATIONS

(Clinique de M. le professeur A. Poncet)

Obs. V. — Cholécystite et péricholécystite calculeuse.
Cholécystostomie (Delore). Guérison.

Femme de cinquante et un ans, entrée le 31 juillet 1901, dans le service de M. le professeur Poncet. Depuis trois mois, troubles digestifs mal définis. Depuis quarante-cinq jours, douleurs dans l'hypochondre droit, avec crises paroxystiques. Jamais d'ictère.

On sent un gros empâtement douloureux sur le bord inférieur du foie. La température atteint 38°8. Le foie est abaissé. Diagnostic : cholécystite et péricholécystite.

Le 1^{er} août 1901, incision verticale sur le bord externe du grand droit (Delore). Le bord inférieur du foie est adhérent à l'épiploon et au côlon transverse, qui forment au-dessous de ce bord, une grosse masse inflammatoire. Nulle part, on ne trouve un plan de clivage, qui permette d'aborder la vésicule complètement cachée. Aussi se décide-t on à trancher le bord du foie avec le bistouri. A une profondeur de quatre centimètres, on ouvre la vésicule, toute ratatinée, avec une muqueuse fongueuse, et contenant un gros calcul, du volume d'une petite prune, qui est extrait. Le foie, l'épiploon sont fixés à la paroi, un drain est mis dans la vésicule.

Suites opératoires très simples : La plaie n'a jamais donné de la bile.

Le 2 septembre, la malade quittait l'Hôtel-Dieu, conservant encore une légère fistule purulente.

Obs. VI. — Cholécystite calculeuse suppurée.
Cholécystostomie (Delore). Guérison.

Femme de quarante-cinq ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet, le 10 avril 1902, avec le diagnostic d'appendicite. N'a jamais eu de coliques hépatiques, ni d'ictère.

Depuis dix jours, elle ressent de vives douleurs dans l'hypochondre droit, et a des vomissements prononcés. On trouve un empâtement très manifeste et douloureux sur le bord externe du droit, à hauteur de l'ombilic. La masse est sonore en avant.
Diagnostic : cholécystite et péricholécystite.

Le 11 avril 1902, M. Delore fait une incision sur la tuméfaction. Le foie est très congestionné. La vésicule est recouverte par l'épiploon et le côlon transverse, qui lui adhèrent ainsi qu'à la paroi abdominale. Après avoir détaché ces adhérences, on incise la vésicule très épaisse, ayant au moins un bon centimètre, et contenant du mucus, du pus, et un gros calcul de cholestérine, situé dans le bassin. L'opération se termine par une cholécystostomie avec un drain ; elle se passe toute entière au milieu des adhérences, sans ouverture de la grande cavité péritonéale.

Les jours suivants, la bile coule en abondance. Le drain est enlevé le 16 mai. La plaie était complètement cicatrisée le 10 juin.

Obs. VII. — Cholécystite calculeuse suppurée.
Cholécystostomie (Delore). Guérison.

Femme de trente-six ans, entrée à la clinique du professeur Poncet le 24 août 1903. Elle est atteinte d'une douleur de l'hypochondre droit et de phénomènes généraux depuis un mois. Il n'y a jamais eu d'ictère. Actuellement, on sent une tuméfaction piriforme et douloureuse au-dessous du foie. La température est de 39°6.

Laparotomie latérale droite par M. Delore le 25 août 1903. La vésicule, dont le fond est libre, est adhérente d'autre part au foie : Son incision donne d'abord issue à du mucus filant,

puis à du pus franc; on en retire 5 à 10 calculs cubiques, dont l'un contenu dans le bassinet est du volume d'une noix. L'opération est terminée par une cholécystostomie.

Le 25 septembre, départ de la malade, qui garde une petite fistule biliaire. Celle-ci paraît vouloir s'oblitérer à brève échéance.

Obs. VIII. — Cholécystite calculieuse suppurée post-typhique.
Cholécystostomie (Delore). Guérison.

Femme quarante-cinq ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet. Nombreuses coliques hépatiques antérieures. Il y a deux mois et demi, a été soignée pour une fièvre typhoïde. Depuis, douleur et tumeur dans l'hypochondre droit, poussées péritonéales avec vomissements, pas d'ictère.

25 septembre 1907. L'incision verticale droite conduit sur une vésicule très adhérente, en haut au foie, en bas à l'épiploon, et au côlon transverse. M. Delore décolle la vésicule de l'épiploon, il incise ensuite la vésicule sur sa face inférieure ainsi que le canal cystique et extrait vingt à vingt-cinq petits calculs baignant dans le pus. La vésicule est petite, rétractée, mais non friable. Comme elle était très adhérente, on ne jugea pas prudent de l'enlever; et l'on se contenta de mettre un drain dans la vésicule et des mèches au-dessous.

Quelques jours après, ictère qui disparaît le huitième jour. Disparition de la fistule biliaire au trente-huitième jour.

Obs. IX. — Cholécystite calculieuse suppurée.
Cholécystostomie (Delore). Guérison.

Femme âgée de cinquante-six ans, entre dans le service de M. le professeur Poncet, le 23 octobre 1905. Elle a été atteinte, il y a cinq ans, de coliques hépatiques, suivies d'ictère pendant quelques jours.

La dernière affection remonte à dix jours. Elle fut caractérisée par une douleur brusque dans l'hypochondre droit, par des vomissements, du météorisme et même de l'anurie d'une durée de quatre jours. Actuellement, les phénomènes généraux

se sont calmés; on constate seulement une hépatoptose et une néphroptose et un point douloureux sous-hépatique.

Laparotomie latérale droite (Delore). La vésicule est remplie de cailloux, le cystique est dilaté. Il y a du pus dans la vésicule, et pas de bile. Cette vésicule, cachée sous le foie est très adhérente à cet organe ainsi qu'à l'angle droit du côlon. Il faut, pour l'ouvrir, pratiquer une incision du parenchyme hépatique aminci et étalé au-devant d'elle. Cholécystostomie avec fixation séro-séreuse secondaire. Drain dans la vésicule.

La malade partait guérie le vingt-cinquième jour. La plaie était oblitérée dès le vingtième jour

OBS. X. — Cholécystite calculeuse chronique. Cholécystectomie sous-séreuse (Delore). Guérison.

Femme de quarante-quatre ans, habitant Ceyzérieux (Ain), entre à la clinique du professeur Poncet le 24 octobre 1905. Elle n'a jamais eu d'ictère, mais a présenté, il y a deux mois, une crise de douleurs épigastriques avec vomissements. Léger amaigrissement.

On sent actuellement une tumeur paramédiane droite, située au-dessous du foie, qui est abaissé ainsi que l'estomac. On pourrait penser à un néoplasme pylorique, mais on ne retrouve pas de résidu au lavage de l'estomac, et par l'insufflation stomacale la tumeur ne bouge pas.

La laparotomie latérale verticale, pratiquée par M. Delore, montre une grosse vésicule biliaire, dont la ponction retire beaucoup de liquide muqueux, environ 300 à 400 grammes. Il y a également 30 à 40 calculs. Les tuniques vésiculaires sont très épaisses : aussi se décide-t-on à une cholécystectomie sous séreuse. L'entonnoir séreux résultant de la décortication vésiculaire est fixé à la paroi, après ligature du canal cystique. Dans cet entonnoir, on place une mèche.

Guérison rapide : elle se maintient parfaite au début de mai 1908.

Sur la pièce, cystique dilaté près du bassinets; il est très rétréci, au contraire, près du cholédoque.

OBS. XI. — Cholécytite calculeuse suppurée. Cholécysectomie.
(Delore) Guérison.

Femme de cinquante-cinq ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet le 15 février 1906; elle est malade depuis quatorze ans et souffrirait de gastralgies! A eu une fois de l'ictère, il y a six ans.

Actuellement, douleurs dans l'hypocondre droit, où l'on constate de la défense musculaire et une grosse masse, qui donne le signe de ballottement lombaire. T. = 38°9. Pas d'ictère.

Laparotomie en baïonnette donnant un grand jour (M. Delore). La vésicule, énorme, adhère au foie et à l'épiploon; la ponction en retire environ un quart de litre d'un liquide séreux d'abord, puis franchement purulent, dans lequel nagent quelques petites concrétions lithiasiques. En raison du grand volume de la vésicule, on fait la cholécystectomie. Du reste, le canal cystique paraît oblitéré au moins physiologiquement, puisque la vésicule ne contenait pas de bile. Sur la pièce, le cystique est très rétréci.

Guérison rapide. Sortie le 15 mars.

OBS. XII. — Cholécytite calculeuse. Cholécysectomie (Delore).
Mort en trente-six heures.

Femme quarante ans, soignée à deux reprises depuis quatre ans, pour des crises de douleurs abdominales, qu'on diagnostiqua appendicite. La dernière crise remonte à quarante-cinq jours.

Cliniquement, rien d'appréciable à l'exploration, en raison de la graisse. Pas de fièvre, état général d'une infectée.

Laparotomie latérale droite par M. Delore, le 28 juin 1907. Appendice iléo-cæcal sain. La vésicule est grosse, bourrée de calculs et contient du pus bien lié. Elle est adhérente au foie, à l'épiploon, mais non à la paroi abdominale. Elle est friable.

On a pratiqué la cholécystectomie, sans ouvrir la vésicule; aucune goutte de pus ne s'écoule dans l'abdomen.

L'opération a été fort correcte, et cependant la malade mou-

rut trente-six heures après, avec une température de 41 degrés, sans hémorragie ou signes péritonéaux. M. Delore pense que du pus vésiculaire a pu être refoulé dans les gros canaux biliaires pendant la cholécystectomie, d'où l'apparition de la septicémie.

OBS. XIII. — Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystectomie. sous-séreuse. (Delore). Guérison.

Femme, quarante ans, souffrant depuis longtemps de gastrite? Jamais d'ictère, deux enfants.

La maladie a débuté, il y a deux mois, par des douleurs et des crises de vomissements. La température est de 39°4. On sent une grosse vésicule.

31 octobre 1907. — Laparotomie latérale droite (M. Delore). La vésicule, énorme et épaissie, est ponctionnée et l'on en retire 400 grammes de muco-pus, et 30 à 40 petits calculs assez friables. Comme la distension de la vésicule fait craindre une fistule interminable après une simple cholécystostomie, on l'enlève par cholécystectomie sous-séreuse.

La cavité opératoire est fixée au péritoine pariétal et exclue ainsi de la grande cavité péritonéale, puis drainée.

Fermeture de la fistule vingt jours après l'opération. A ce moment, l'opérée est atteinte d'une phlébite de la jambe gauche variqueuse, qui disparaît le 3 décembre.

Guérison maintenue le 2 mai 1908.

OBS. XIV. — Cholécystite chronique. Cholécystectomie sous-séreuse (Delore). Guérison.

Femme, soixante-cinq ans. Troubles digestifs anciens; jamais d'ictère, ni de coliques hépatiques. On sent, au palper, une grosse vésicule. Foie abaissé. Diagnostic : cholécystite chronique par hépatoptose et coudure du cystique.

20 septembre 1907. — M. Delore pratique une cholécystectomie sous-séreuse. La vésicule, très dilatée, contient environ 500 grammes de bile; elle est fixée sur la face convexe du foie et nettement coudée.

La dissection du foie est difficile et donne lieu à une hémorragie, qu'on arrête avec des sutures du foie. Drainage de la cavité sous-séreuse fixée à la paroi.

Guérison très rapide.

OBS. XV. — Cholécytite chronique. Cholécystectomie et drainage de l'hépatique. (Delore).

Homme, cinquante-quatre ans, de Violay (Loire), atteint de troubles digestifs très accusés, ayant fait porter par un spécialiste le diagnostic de cancer de l'estomac.

Il y a anachlorhydrie, anorexie, amaigrissement, douleur épigastrique et surtout une contracture de la paroi dans la région de la vésicule biliaire. Pas d'ictère.

Une laparotomie est pratiquée par M. Delore, le 21 1907. Il s'agit d'une vésicule biliaire dilatée, contenant 300 grammes de bile, et adhérente de tous côtés, au foie, au côlon, à la région pylorique de l'estomac. L'estomac est sain, ainsi que les organes voisins.

La vésicule, dont les parois sont amincies, est enlevée, puis on établit un drainage de l'hépatique.

Il n'y a ni pus, ni calculs dans les voies biliaires. Mais la bile est infectée, et c'est pour cette raison que l'on croit plus prudent de drainer l'hépatique après la cholécystectomie.

Suites simples. Drain hépatique enlevé le sixième jour. Guérison maintenue en mai 1908.

OBS. XVI. Hydropisie calculeuse de la vésicule biliaire. Cholécystectomie sous-séreuse. (Delore). Guérison.

F. de trente-quatre ans, envoyée le 23 juin 1906 à la clinique du professeur Poncet. A eu de nombreux enfants. Après le dernier accouchement, survenu il y a un mois, la malade a ressenti de violentes douleurs dans l'hypochondre droit. N'a jamais eu d'ictère.

On sent sur le bord extérieure du grand droit une tumeur piriforme qui donne la sensation du ballottement. Pas de température. Diagnostic : hydropisie calculeuse de la vésicule.

Laparotomie latérale verticale avec section ascendante oblique du grand droit (M. Delore). Grosse vésicule biliaire épaissie, dont la ponction ramène environ un demi-litre de liquide séreux d'abord, puis franchement purulent. Elle contient, en outre, 7 à 8 gros cailloux taillés à facettes, et qui oblitèrent le cystique. La vésicule adhérant au foie et au côlon, M. Delore pratique une cholécystectomie sous-séreuse, en enlevant le cystique jusqu'au cholédoque. La cavité sous-séreuse est marsupialisée par suture de son ouverture à la paroi abdominale. Cette conduite est appliquée systématiquement par M. Delore, toutes les fois qu'elle est possible. Enfin la cavité est tamponnée avec une mèche, tandis que le reste de l'incision abdominale est refermée à deux plans.

Le 5 juillet, sortie de l'hôpital complètement guérie. La guérison se maintient parfaite en mai 1908.

OBS. XVII. — Calculs des voies biliaires. Laparotomie exploratrice. Cholécystostomie impossible. Massage des voies biliaires. Guérison.

Il s'agit d'une malade, âgée de cinquante-deux ans, qui a souffert, il y a vingt ans, de coliques hépatiques avec ictère.

La maladie actuelle remonte à quatre mois. Elle a débuté par des douleurs sous le rebord costal droit, qui ont persisté depuis : la malade a, de temps à autre, de la fièvre oscillant entre 37 degrés et 38° 5. Elle a maigrit beaucoup, ne mange plus rien ; à chaque essai d'alimentation, il se produit des vomissements bilieux. Pas d'ictère. Selles complètement décolorées. Urines rares. On détermine une douleur sous le rebord costal droit, mais on n'y sent pas de tuméfaction à proprement parler. Diagnostic probable : calculs du cholédoque et de la vésicule.

Laparotomie en baïonnette de Kehr, par M. Delore, le 31 janvier 1908. Le foie tout petit est remonté sous le diaphragme. Comme cette femme est grosse, la vésicule est à 15 centimètres de profondeur, et malgré tous les essais, on doit se borner à une simple exploration. On constate que la vésicule petite est bourrée de cailloux et ^{est}adhérente à l'angle droit du côlon. Les calculs se

poursuivent dans le cystique et probablement dans le cholédoque, autant qu'on peut l'affirmer dans ces déplorables conditions.

Après cette exploration, qui a exigé une palpation prolongée des voies biliaires, l'incision est refermée, au grand désespoir du chirurgien.

Les suites furent d'abord simples. Mais, le 3 février, la malade accusait des douleurs de reins; le 4 février, la température montait à 39 degrés, il apparaissait des coliques avec irradiation sous l'épaule droite; le 5 février enfin, il y avait de l'ictère.

La température, l'ictère et les douleurs disparaissaient, les jours suivants, et le 10 février, la malade éprouvait une sensation de bien-être remarquable. Elle reprit son appétit.

Le 10 mai, la guérison est maintenue parfaite.

Obs. XVIII (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu). — Cholé cystite chronique récidivante. Cholécystostomie et cholécystectomie secondaire.

Il s'agit d'une sœur hospitalière des hôpitaux, de trente-six ans. A vingt-trois ans, elle aurait eu, pendant deux mois, de l'ictère avec douleurs épigastriques et vomissements bilieux. L'année suivante, fièvre typhoïde sans réaction sur le foie ou la vésicule.

Jusqu'à trente-trois ans, pas de crises hépatiques nettes; mais douleurs épigastriques sourdes et subictère des conjonctives durant souvent de deux à trois semaines. En 1901, après une marche prolongée, coliques extrêmement douloureuses avec frisson et ictère pendant dix jours. Une saison à Vichy sans résultat.

Depuis cette époque, chaque année, la malade prend une crise hépatique avec ictère et température. En 1903, elle a de l'ictère avec décoloration des matières pendant un mois. A la suite de cette crise, la région vésiculaire reste à peu près continuellement douloureuse. Plusieurs saisons à Vichy avec amélioration passagère pendant son séjour, et recrudescence des douleurs au retour.

En 1905, pendant une saison à Vichy, pour la première fois, colique avec forte élévation de température ($39^{\circ}5$). A ce moment, le D^r Vauthey constate l'existence d'une grosse vésicule, extrêmement douloureuse. Il craint une perforation et met la malade au repos absolu avec application de glace sur l'abdomen. Après huit jours, ces phénomènes aigus ayant disparu, la malade rentre à Lyon ; mais là, les coliques reviennent environ toutes les semaines. M. Bérard, consulté à ce moment, conseille à la malade une intervention, mais celle-ci est d'abord refusée.

Enfin, le 18 septembre, la malade l'accepte mais en réclamant qu'on lui fasse l'opération la plus simple et la plus minime. Dans ces conditions, bien qu'il existe une vésicule un peu épaissie avec bile trouble et 43 calculs du volume d'un pois à une noisette, M. Bérard se borne à l'évacuation des calculs de la vésicule et du cystique où un calcul plus gros, enchatonné, doit être morcelé à la curette.

Pas de calculs dans le cholédoque. Fixation de la vésicule au péritoine pariétal. Suture de la paroi, drainage.

Les suites opératoires furent assez simples, quoique pendant quatre à cinq jours il y eut des douleurs vives, irradiées vers l'épaule et le pli inguinal droits. La première selle, obtenue le troisième jour avec une purgation au calomel est déjà fortement colorée. Très peu de bile dans le pansement.

Dès le onzième jour, après l'ablation des fils, comme il n'y a pas de température, on commence la cure alimentaire de la fistule. Malgré cela cependant, la bile s'écoule très longtemps (cinq mois) et jusqu'à cette époque, persistent tantôt des douleurs épigastriques, tantôt des troubles digestifs ; et même un léger ictère apparaît au mois de janvier.

Puis, la fistule, qui s'était fermée le 10 février, s'ouvre un mois, pour ne se fermer définitivement que le 4 avril. A partir de ce moment, douleurs vésiculaires, ballonnement, clapotement cæcal, digestions paresseuses, quelquefois vomissements. La marche et la station debout sont pénibles. Elévation de température jusqu'à $38-38^{\circ}2$.

Le 6 mai 1906, véritable crise de coliques avec vomissements

bilieux, ictère. Décoloration des selles pendant neuf jours, à la suite de celle-ci, on trouve 3 petits calculs dans les selles.

Le 28 mai, nouvelle colique avec vomissements. La malade qui se trouvait dans le midi, depuis le mois de janvier, revient à Lyon et va faire une cure à Vichy. Mais dès le lendemain de son arrivée à Vichy, forte crise douloureuse avec foie volumineux, qui reste gros et douloureux, malgré des doses laxatives de sulfate de soude et de calomel répétées plusieurs jours.

En somme, pas plus de résultats par le traitement thermal que les autres fois.

Depuis août 1906 à février 1907, la malade conserve l'épigastre douloureux, elle a du ballonnement après les repas, de la constipation, quelquefois avec point douloureux net dans la région du cæcum et de l'appendice. La constipation s'accroissant avec un ballonnement plus marqué et des vomissements plus fréquents, les douleurs deviennent continuelles. La malade a maigri de 8 kilos. Aussi, elle se résout à une opération radicale, que M. Bérard lui conseillait depuis un an.

19 février 1907. — Incision de Kehr, un peu en dedans de la cicatrice linéaire de la première intervention. On arrive ainsi dans un péritoine, cloisonné par des adhérences en brides ou en lamelles plus ou moins lâches qui partent toutes de la vésicule et qui s'étendent à l'estomac, au duodénum, à l'épiploon et au côlon transverse.

Le pyllore est un peu coudé ; le côlon encore plus gêné avec affaissement de la moitié gauche.

Après la destruction des adhérences, sans qu'on juge nécessaire de faire autre chose sur l'estomac ou l'intestin, on dégage la vésicule par décollement sous-séreux jusqu'au niveau du bassin, où l'on ne peut continuer ce décollement. Le cystique repéré, malgré l'oblitération de l'hiatus, on peut, en attirant le foie, explorer le cholédoque et l'hépatique. Il n'existe aucun calcul dans les voies biliaires principales. On extirpe alors le cystique et la vésicule, et on fait le drainage de l'hépatique par un tube de la dimension du petit doigt en laissant deux ou trois mèches au-dessous.

Après l'opération, l'ouverture longitudinale du cystique et de la vésicule, montre dans la vésicule l'existence d'une dizaine de petits calculs mûriformes ressemblant à de petites fraises, le plus gros ayant le volume d'un petit pois, calculs libres dans une bile épaisse, friables, certainement déposés depuis peu de temps et qui sont bien des calculs de *récidive*.

On trouve, en outre, que la vésicule a une forme en biscuit avec un rétrécissement assez serré en son milieu et deux autres rétrécissements sur le bassinnet ou le cystique, disposition qui faciliterait singulièrement la rétention et la tuméfaction.

Pendant les premiers jours, qui suivent l'intervention, douleurs, écoulement d'un peu de bile par la plaie. Au huitième jour, l'écoulement devient plus abondant.

Le drain retiré peu à peu est enlevé le quinzième jour, l'écoulement se tarit au bout de cinq semaines, des tiraillements et des douleurs persistent encore quelque temps après les repas. Puis, au moment où la fistule se ferme (mai 1907), douleurs dans la région hépatique avec vomissements et subictère, qui cèdent rapidement à l'administration de calomel et de salicylate de soude. Au bout de sept semaines, tout rentre dans l'ordre, et la malade peut reprendre ses occupations.

Les derniers renseignements apprennent qu'il existe une grande amélioration. Depuis plusieurs mois, la malade n'a eu ni douleurs, ni ictère. La marche et les efforts ne sont plus pénibles. La cicatrice ne présente aucune menace d'éventration. Seule, la pression est encore un peu douloureuse.

Obs. XIX (inédite¹) (due à l'obligeance de M. le Pr agrégé Tixier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.) — Cholécytite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse. Guérison.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui entre à l'Hôtel-Dieu pour des coliques hépatiques avec ictère persistant. Début des crises hépatiques il y a six ans. Ces crises s'accompagnent

¹ Les observations de M. Tixier ont été rapportées dans la thèse récente de Buffé sur la cholécystectomie sous-séreuse.

d'une tuméfaction de la vésicule qui persiste trois ou quatre semaines et que le malade sent très bien.

La dernière crise remonte à six semaines ; depuis cette époque la malade a gardé de l'ictère.

A l'examen, la palpation de la région vésiculaire est douloureuse.

Intervention le 6 mars 1908. — Incision de Kehr. La vésicule, distendue, épaissie, laisse percevoir des calculs à son intérieur. Cholécystectomie sous-séreuse. On arrive ensuite, en incisant le cystique, jusque sur le cholédoque ; on enlève de ce conduit avec la curette, un calcul de la grosseur d'une noisette. Chasse biliaire avec la seringue. Drainage du cholédoque. Enfouissement du drain au-dessus du lambeau péritonéal qui résulte de la cholécystectomie sous-séreuse.

Guérison.

IV. — DES TROUBLES MÉCANIQUES

OBSERVÉS AU COURS DE LA LITHIASÉ VÉSICULAIRE ET CYSTIQUE : HYDROPISE INTERMITTENTE DE LA VÉSICULE

Les troubles, que nous avons étudiés jusqu'ici, ont tous pour origine des poussées inflammatoires au niveau de la vésicule ou du péritoine sous-hépatique.

Mais à côté de ces accidents inflammatoires, qui représentent certainement la plus grande partie des troubles observés chez les lithiasiques, il en est quelques autres, à l'origine desquels on est obligé de mettre un facteur mécanique. La cholécystite qui a donné naissance aux calculs, n'est peut-être pas complètement éteinte et, si l'on faisait l'examen bactériologique de la bile, on y trouverait peut-être quelques agents pathogènes ; le microscope révélerait peut-être aussi

des altérations inflammatoires anciennes sur les parois de la vésicule ; mais les accidents actuels sont bien d'un ordre mécanique. La brusquerie avec laquelle ils apparaissent ou s'éteignent, la courte durée des crises douloureuses et l'intégrité souvent complète de la région vésiculaire en dehors des paroxysmes, ne sauraient s'expliquer avec l'hypothèse de phénomènes infectieux.

Ces faits avaient été déjà signalés par Courvoisier et par Jaboulay, à un moment où les théories mécaniques ne faisaient l'objet d'aucune discussion. Les notions récentes sur la pathogénie des accidents lithiasiques ne leur laissant aucune place, nous avons jugé intéressant, mon maître M. Villard et moi, à propos d'un fait personnel, de rechercher tous les cas analogues, et, sous le nom d'*hydropisie intermittente de la vésicule*, nous en avons étudié les différentes particularités anatomiques ou cliniques. Depuis, mon maître, le professeur Aug. Pollosson, a eu l'occasion d'en observer un cas et, dans les recherches que j'ai faites au sujet de ma thèse, j'ai trouvé plusieurs faits, qui ne sauraient être interprétés d'une autre façon.

Nous avons montré qu'il s'agissait là d'un syndrome, qui pouvait se produire au cours de toutes les obstructions du canal cystique, mais dont la réalisation était surtout influencée par les calculs-soupape du canal cystique et par les coudures de ce conduit. Je renvoie, pour l'étude complète de ce syndrome, à l'étude que, Villard et moi, nous avons faite dans la *Revue de chirurgie* ; je rappelle seulement les particularités cliniques et la thérapeutique des formes, qui sont sous la dépendance de la lithiase.

A. *Considérations cliniques.* — Au point de vue clinique, l'hydropisie intermittente de la vésicule est essentiellement caractérisée par l'existence de *phénomènes paroxystiques* ou de *crises*, qui reviennent plus ou moins régulièrement, à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui sont séparés par des périodes, de durée variable, dans lesquelles on observe une accalmie plus ou moins complète suivant les cas. Ces crises sont caractérisées par l'apparition de deux symptômes d'ordre très différent : l'un subjectif, la douleur : l'autre objectif, la tumeur. Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, on voit constamment ces deux symptômes plus ou moins intimement associés. Ils apparaissent et disparaissent ordinairement l'un avec l'autre ; disons cependant, que l'intensité des phénomènes douloureux rend quelquefois l'examen impossible et que, par la contracture réflexe qu'elle entraîne, elle empêche souvent de reconnaître l'existence d'une tumeur dans la région vésiculaire.

Le *début de la crise* survient parfois au milieu d'une santé parfaite. Mais, le plus souvent, il s'agit de malades ayant un passé hépatique plus ou moins chargé, et l'accès ne constitue, dans ce cas, que l'exagération de troubles morbides déjà anciens, ou de malaises journaliers.

Dans le fait que nous avons pu observer, les crises douloureuses, assez régulières d'abord dans leur apparition, avaient fini par devenir presque quotidiennes et elles survenaient d'une façon assez suivie de 3 à 5 heures de l'après-midi. Nous pensons que, dans ce cas, la régularité avec laquelle les accès se reprodui-

saient dans les périodes digestives, est expliquée par le déversement de la bile, qui se fait à ce moment dans l'intestin; le calcul, mobilisé sous l'influence des contractions vésiculaires, venait chaque fois faire tampon dans le canal cystique et interdisait à la bile de s'échapper de ce réservoir. Dans l'observation de Bouveret, les crises étaient également tellement influencées par l'ingestion des aliments, que la malade s'était mise à une diète sévère, pour ne pas en favoriser le retour.

Parvenue à l'apogée de l'accès, l'hydropisie intermittente de la vésicule se caractérise par des phénomènes douloureux et par une tumeur de l'hypocondre droit, dont voici les traits dominants. La douleur siège principalement dans la région vésiculaire ou la région épigastrique. Elle est atroce, paroxystique et arrache des cris au malade. Elle présente, dans quelques cas, les mêmes irradiations que la colique hépatique, liée à la migration d'un calcul ou à une poussée de cholécystite. Elle est susceptible, d'ailleurs, d'entraîner les mêmes symptômes réflexes, et, dans un grand nombre d'observations, on voit survenir des nausées ou des vomissements, parfois même des signes nerveux plus intenses : lipothymies, syncope, etc. Dans aucun cas, il n'y avait de fièvre au moment des accès.

En face de cette sensibilité exagérée de l'abdomen, il est souvent impossible de procéder à un examen local : l'épigastre et l'hypocondre droit sont si douloureux, qu'ils ne peuvent supporter la moindre pression; et l'exploration en est souvent à peu près impossible. Dans quelques cas cependant, la palpation de la région vésiculaire permet de reconnaître la présence d'une

dilatation du cholécyste, et il existe même quelques faits, où cette tumeur était tellement évidente, que le patient lui-même en avait reconnu l'existence. Il en était ainsi chez les malades observés par Villemin, par Lawson Tait, par Newmann, par Bouveret, par Pollosson et dans quelques autres cas. La malade que Delore a opérée insistait également sur la présence constante dans l'hypocondre droit, au moment des crises douloureuses, d'une « boule », atteignant le volume du poing, mobile et se dirigeant vers l'ombilic,

Les accès ont généralement une durée assez courte, de deux à trois heures au maximum. Ils se terminent quelquefois spontanément ; parfois, sous l'influence d'une seule injection de morphine, on voit rapidement disparaître, non seulement les phénomènes douloureux, mais encore la tumeur elle-même. Dans l'observation personnelle que nous rapportons, on put assister deux fois à la période terminale de la crise ; on put reconnaître que, sous l'influence des contractions énergiques de ses parois, la vésicule diminuait progressivement de volume, et, en même temps que la cessation des phénomènes douloureux, on constata que le réservoir reprenait son volume normal. L'exploration ne permettait plus de reconnaître l'existence d'une tumeur et on pouvait se rendre compte qu'il n'y avait plus qu'une douleur vague dans toute la région sous-hépatique.

L'évolution de l'hydropisie intermittente de la vésicule est très variable suivant les cas ; mais, d'une façon générale, par la fréquence des accès, elle peut retentir profondément sur l'état général. D'autre part,

il ne faut pas oublier que, si le processus inflammatoire, qui a donné lieu à la lithiase, peut avoir complètement disparu, sous l'influence des irritations répétées, que crée la présence des calculs dans les voies biliaires, une infection peut toujours venir transformer l'hydropisie intermittente de la vésicule en pyocholécystose. Dans deux observations au moins, (Lücke, Jaboulay), on put assister à cette évolution de l'hydrocholécystose; et nous ne doutons pas, qu'on en rapporte bientôt d'autres exemples, car, au niveau de la vésicule, comme au niveau du bassinet, deux portes, toujours ouvertes, facilitent l'invasion des agents infectieux : celle des vaisseaux sanguins et celle des canaux excréteurs sous-jacents.

B. *Indications chirurgicales.* — De l'étude pathogénique et clinique, que nous venons de faire, il ressort nettement que la cure radicale de l'hydropisie intermittente de la vésicule appartient tout entière aux procédés chirurgicaux. Si les moyens médicaux, en effet, réussissent le plus souvent à rétablir le calme au moment d'un accès; si les règles hygiéniques, imposées au malade, sont susceptibles jusqu'à un certain point d'en diminuer la fréquence et d'en éloigner le retour, il est bien évident, que le patient conserve dans l'hypocondre une lésion, toujours prête à révéler péniblement son existence, et dont la guérison ne peut être obtenue que par le bistouri.

Nous ne nous occuperons pas ici des différents moyens, que le médecin peut employer pour soulager le malade au moment des paroxysmes de l'hydropisie intermittente de la vésicule; nous avons déjà dit que,

par le repos et surtout par les injections de morphine, les crises douloureuses étaient ordinairement bien vite soulagées. C'est évidemment à cette thérapeutique qu'il faudra exclusivement recourir chez les malades dont le mauvais état général contre-indiquerait une intervention chirurgicale. Mais, dans tous les autres cas, il ne faudra pas hésiter à proposer une opération.

Lorsque l'hydropisie intermittente de la vésicule reconnaît pour cause l'existence d'un calcul dans la vésicule ou le canal cystique, à quel procédé faut-il avoir recours?

Si nous parcourons les faits publiés, nous voyons que c'est la cholécystostomie, qui a été le plus largement employée, et c'est à elle que Villard s'adressa pour parer aux accidents, qui avaient imposé l'intervention. Pollosson, après avoir ouvert la vésicule, en sutura les parois. Couvoisier et Delore ont fait, au contraire, une cholécystectomie.

Je crois que, dans la majorité des cas, la cholécystectomie n'est pas justifiée dans cette forme de la lithiasie vésiculaire. C'est un procédé radical, qui convient à merveille dans les oblitérations complètes du canal cystique, ou dans les cas de cholécystite avec altérations marquées des parois vésiculaires, et nous avons vu la part de plus en plus considérable, qu'il convient de lui donner dans le traitement de la lithiasie vésiculaire.

Deux opérations restent donc à discuter : la cholécystostomie ou la cholécystendyse.

Il est bien certain que, dans un grand nombre de cas, la taille idéale de Meredith trouve dans l'hydropisie intermittente de la vésicule les meilleures conditions

de son application. L'anatomie pathologique, dans presque toutes les observations révèle, en effet, non seulement l'absence presque constante de phénomènes inflammatoires du côté de la vésicule ; mais encore l'intégrité presque absolue de ses parois. Si donc cette opération constitue parfois une méthode dangereuse, ce reproche ne peut certes pas lui être appliqué dans le cas particulier, que nous envisageons. De tous les reproches, qu'on lui a adressés, un seul persiste ici, c'est l'incertitude d'une thérapeutique complètement efficace par suite de la difficulté qu'il y a à s'assurer de la perméabilité des voies biliaires sous-jacentes. C'est là, nous semble-t-il, la seule hésitation que le chirurgien puisse avoir à l'employer ; et c'est pour ce motif que, dans tous les cas où l'on aura des doutes sur l'état des voies biliaires sous-jacentes, il faudra lui préférer la cholécystostomie.

Nous croyons donc que, dans la majorité des cas, c'est à la cholécystostomie ou à la cholécystendyse qu'il faudra recourir. Et, dans le choix de l'un ou l'autre procédé, nous pensons que c'est l'état des voies biliaires seul qui doit guider le chirurgien. L'absence de lésions inflammatoires, la perméabilité du cystique et du cholédoque permettront quelquefois d'avoir recours à la taille idéale. Dans tous les autres cas, c'est à la cholécystostomie, qu'il faudra donner la préférence.

Pour terminer cette étude de l'hydropsie intermittente de la vésicule, il nous paraît indispensable de reproduire les observations que nous avons données dans notre étude de la *Revue de Chirurgie*, car, depuis ce travail, on a quelquefois publié, sous le même nom,

des observations qui ne sont que des cas banals de cholécystite chronique récidivante, dans lesquels les crises ont une durée plus longue et où il persiste de la douleur ou une légère tuméfaction en dehors des accès. Nous ne donnons ici que les faits où il s'agissait de lithiase et où l'on est intervenu. On trouvera les autres à la fin de notre étude de la *Revue de Chirurgie*.

A ces faits, j'ai seulement ajouté celui de mon maître, le professeur Aug. Pollosson, et un autre de Roux (de Lausanne). Dans ce dernier, le chirurgien ne sentit aucun calcul, et il se contenta de libérer quelques adhérences. Mais les accès sont tellement caractéristiques, qu'il nous a paru intéressant d'en donner quand même l'observation complète ; d'autant plus que la vésicule n'ayant pas été ouverte, il est difficile de savoir s'il n'y avait pas un calcul à l'origine des accidents. Il y a quelquefois de très grandes difficultés à reconnaître l'existence de ces petites concrétions et on va voir que dans l'observation, qui nous avait servi de point de départ, la cause des paroxysmes douloureux avait ainsi échappé à une première intervention.

Observations d'hydropisie intermittente de la vésicule.

Obs. I. — Villard et Cotte.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, M^{me} B..., observée depuis plusieurs années par le Dr Branche. Pas d'antécédents héréditaires, un peu de chlorose pendant la jeunesse et trois grossesses ayant évolué normalement.

Les accidents, qui aboutirent à l'intervention, débutèrent, il y a cinq ans, sous forme d'une crise douloureuse épigastrique qui ne s'accompagna pas d'ictère, mais qui fut suivie, pendant trois

mois, de pesanteur à l'épigastre après les repas. Une nouvelle crise, ayant les mêmes caractères que la première, se reproduisit deux ans plus tard, en 1902 ; elle survint la nuit, s'accompagna de vomissements et persista trois ou quatre heures. A partir de cette époque, de nouveaux accès douloureux se manifestèrent tous les cinq ou six mois, se rapprochant de plus en plus. L'absence d'ictère, la constatation d'une ptose rénale du côté droit, firent laisser le diagnostic hésitant entre les accidents hépatiques ou rénaux jusqu'au 23 décembre 1903, date où M. le Dr Branche put assister à l'évolution d'une des crises. A ce moment, la malade souffrait horriblement, se tordant sur son lit, et faisant de très pénibles efforts de vomissements. A l'inspection de l'abdomen, on apercevait immédiatement, soulevant la paroi relâchée par les grossesses antérieures, *une tuméfaction allongée, occupant la région de l'hypocondre droit*. La palpation faisait reconnaître *une vésicule biliaire très distendue*, dont le fond très abaissé descendait à douze ou quinze centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. La main, appliquée sur la tumeur, percevait très nettement, à certains moments, un *relâchement lent et progressif de la tension de la vésicule*, coïncidant, du reste, avec une diminution dans les douleurs ressenties par la malade ; puis, au bout de quatre à cinq minutes d'accalmie, de nouveau le globe vésiculaire durcissait, entraînait en tension, réveillait des douleurs intolérables, et arrachait des cris à la patiente. M. Branche observa ces phénomènes pendant une heure et remarqua, en outre, qu'ils s'accompagnaient d'un certain retentissement gastrique, car il assista également à des contractions péristaltiques de l'antrum pylorique. Une injection de morphine mit fin aux accidents.

Le mois de janvier se passa sans incident ; mais, au mois de février, de nouvelles crises réapparurent, de plus en plus fréquentes, s'accompagnant d'amaigrissement, de perte des forces, et, en somme, d'une altération marquée de l'état général. M. Villard, appelé, au mois de mars, à voir cette malade, trouva, avec un estomac dilaté, une région vésiculaire douloureuse, une teinte subictérique des conjonctives et une certaine quantité de

pigments biliaires dans les urines. Le D^r Branche fit le récit très détaillé des phénomènes qu'il avait observés; mais on ne crut pas à ce moment, qu'il ait pu réellement observer une dilatation temporaire de la vésicule, s'accompagnant de péristaltisme des parois de cet organe, et on pensa plutôt à des spasmes de la région pylorique de l'estomac, concluant, en somme, à une sténose pylorique d'origine biliaire, survenue chez une malade ayant offert le tableau clinique net des coliques hépatiques; M. Villard proposa donc une intervention destinée à agir à la fois sur la vésicule et sur le pylore. Celle-ci fut acceptée et pratiquée le 5 mars 1904.

Première opération. — Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sus-ombilicale; le pylore attiré au dehors est sain, sauf peut-être un léger degré d'hypertrophie de l'anneau musculaire; intégrité des parois gastriques. *La vésicule est de volume normal*, sans distension; ses parois ne paraissent pas épaissies; elles ne sont pas non plus modifiées dans leur coloration; une palpation soigneuse de la vésicule ne révèle aucun calcul dans son intérieur. Aucune bride, aucune adhérence pouvant expliquer les phénomènes observés.

En présence de cet examen négatif, M. Villard ne crut pas devoir faire d'opération sur l'estomac et se contenta seulement, en pensant à la possibilité d'accidents spasmodiques du pylore, de faire une dilatation digitale de cet orifice par refoulement; après quoi, la paroi abdominale fut refermée.

Les suites opératoires furent simples; la malade parut soulagée, et aucune crise douloureuse ne survint pendant les dix premiers jours. A ce moment, l'alimentation était redevenue normale et, avec sa reprise, de nouvelles douleurs réapparurent, atténuées et vagues cependant. Néanmoins, la malade rentrait chez elle et reprenait sa vie ordinaire, lorsque, de nouveau, les crises douloureuses se reproduisirent de plus en plus rapprochées et de plus en plus violentes, survenant bientôt chaque jour et régulièrement aux mêmes heures, c'est-à-dire de 3 à 5 heures de l'après-midi; la situation de la patiente devenait intolérable; elle maigrissait et réclamait un soulagement à ses souffrances. M. Villard eut alors la bonne fortune d'assister, le

14 avril, à une crise très violente, et de constater personnellement l'exactitude des phénomènes observés par le Dr Branche. Il put sentir, d'une façon absolument nette, *une très grosse vésicule, descendant jusqu'à 15 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes, et présentant des contractions péristaltiques indubitables*. A vrai dire, ce péristaltisme ne se voyait pas; il était perçu par la main sous forme de variations dans la tension de la poche cystique; chacune des contractions des parois de la vésicule s'accompagnait de très vives douleurs et celles-ci se reproduisaient toutes les deux minutes environ. On notait également de la dilatation de l'estomac et la tension intermittente de l'épigastre signalée par M. Bouveret.

M. Villard resta plus d'une heure auprès de la malade et vit peu à peu *la vésicule biliaire diminuer progressivement de volume sous l'influence des contractions énergiques de ses parois*; les douleurs s'amendèrent peu à peu; et, lorsque le calme fut revenu, on put constater que la vésicule biliaire ayant repris son volume normal, n'était plus perceptible à l'exploration et qu'il ne subsistait qu'une douleur vague dans toute la région sous-hépatique.

Les urines, examinées le lendemain matin, contenaient des traces évidentes de pigments biliaires.

Le doute ne pouvait, dès lors, plus être permis et on porta le diagnostic ferme *d'oblitération intermittente du cystique par calcul biliaire ou par torsion du conduit*, la première laparotomie n'ayant révélé aucun calcul dans les voies biliaires. Une nouvelle intervention fut décidée et pratiquée avec l'aide du Dr Branche, le 21 avril 1904. Les crises ayant lieu régulièrement vers 4 heures de l'après-midi, ce fut là l'heure choisie pour l'opération, afin d'essayer de surprendre sur le fait le mécanisme des accidents; malheureusement, la malade était à jeun ce jour-là, la crise ne se produisit pas.

Deuxième opération. — Anesthésie à l'éther, laparotomie latérale de 15 centimètres, sur le bord externe du muscle droit au-dessous du rebord des fausses côtes.

La vésicule est facilement découverte; elle est légèrement plus

distendue qu'elle ne l'était lors de la première intervention. On n'observe à son niveau aucun signe de torsion. Une cholécystostomie est alors décidée; elle permet, après l'évacuation d'un contenu biliaire normal, de découvrir, profondément caché dans le canal cystique, *un très petit calcul, mûriforme, du volume d'une grosse tête d'épingle*. Ce calcul était unique; l'exploration des voies biliaires fut en effet négative, et l'absence de facettes sur le corps étranger pouvait du reste faire prévoir ce résultat. Dès lors, la cause des accidents étant trouvée, l'incision de la vésicule fut fixée à la partie profonde de l'incision abdominale, et un drain fut laissé dans l'ouverture.

Les suites furent remarquablement simples: disparition complète des crises douloureuses, oblitération spontanée de la fistule trois semaines après l'intervention.

Depuis cette époque, cette malade a repris une vie absolument normale; les douleurs ont complètement cessé; les digestions sont régulières; l'embonpoint est revenu ainsi que la coloration des traits.

Onze mois après la dernière opération, cette malade offre un état général parfait; il ne persiste qu'un léger degré de dilatation gastrique.

Actuellement, la guérison s'est maintenue parfaite.

OBS. II. — Lawson Tait, *Brit. med. Journal*, 1885, 7 février.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans que Tait vit en consultation avec Littlewood. Depuis plusieurs mois, elle souffrait de douleurs continuelles dans l'hypocondre droit, de troubles gastriques très accusés, et d'un malaise général.

A l'examen, Littlewood avait trouvé sous le bord inférieur du foie une tumeur, résistante et élastique, mobile, située dans l'hypocondre droit et s'avancant jusque sur la ligne médiane. *Par moments, cette tumeur disparaissait complètement et devenait impossible à sentir*. Cette tumeur était parfois le siège de violentes exacerbations douloureuses, que Tait n'hésita pas à rattacher aux *contractions exagérées de la vésicule*, dont il

admettait une oblitération calculeuse. Le malade n'avait jamais eu d'ictère.

En présence de l'intensité et de la persistance de ces accidents, Tait proposa une intervention à la malade. Il fit une incision au niveau du fond de la vésicule; puis, après avoir vidé son contenu par aspiration, il sortit de sa cavité un calcul arrondi. L'exploration du canal cystique lui permit de reconnaître en outre au-dessous, dans un diverticule sacculaire de ce canal, un autre calcul qu'il ne put retirer par la fistule vésiculaire. Il fit donc à travers les parois du canal le broiement de cette pierre et il en retira soigneusement les fragments avec la pince et la curette. Fixation de l'ouverture de la vésicule au niveau de la paroi abdominale; drainage du cholécyste. Guérison.

OBS. III (résumée). — Courvoisier (*in* Roth., th. Bâle, 1885).

Femme, quarante et un ans. Depuis le mois d'avril 1883, elle se plaint de souffrir dans l'hypochondre droit. Ces douleurs sont quelquefois continues; d'autres fois, elles sont nettement intermittentes, marquées par des paroxysmes très intenses et disparaissent ensuite complètement. La malade, même en dehors de ces crises, a toujours souffert dans la région hépatique et elle ne peut supporter aucun lien constricteur. Elle a perdu ses forces et a maigri considérablement. Jamais elle n'a eu d'ictère; les urines n'ont jamais renfermé de pigments biliaires.

A la fin du mois d'avril, un médecin consulté constata dans l'hypocondre droit l'existence d'une tumeur circonscrite et il diagnostiqua une hydropisie calculeuse de la vésicule. Il fit prendre à la malade des boissons alcalines, mais, malgré ce traitement, aucune amélioration ne survint. Bien au contraire, son état s'aggrava et la malade demanda son admission à l'hôpital de Zurich. Elle présentait de la métrite et elle fut admise dans le service de Frankenhauser. Pendant son séjour dans ce service, on constata dans la région hépatique une tumeur élastique, ayant la forme et le volume d'une poire, unie au foie par un mince pédicule, et on mit la malade au traitement de la lithiasé. Mais, à

peine était-elle rentrée chez elle que son état de nouveau s'aggrava. Elle perdit ses forces et il lui devint absolument impossible de travailler. C'est alors qu'elle entra dans le service de Courvoisier.

Pendant les jours où elle resta dans le service, ce chirurgien nota que la tumeur subissait *des changements de volume et de consistance remarquables. Tantôt elle était très tendue et la palpation ne laissait percevoir aucun calcul. D'autre fois, au contraire, elle était flasque, et la main appliquée à sa surface percevait nettement le frottement des calculs les uns sur les autres.* Elle fut opérée au commencement de juin. La paroi incisée, on reconnut que dans le cystique il y avait un calcul difficile à mobiliser; aussi Courvoisier résolut-il de faire la cholécystectomie. La vésicule renfermait un liquide muqueux, opalescent, épais, ne contenant que des traces de bile, elle avait 13 centimètres de long et 5 centimètres de largeur. Ses parois étaient épaissies et au niveau du col il existait une petite production polypeuse. Les suites de l'opération furent bonnes; la malade guérit complètement.

Obs. IV.—Marwedel, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1902, Bd. 34. Hydropisie de la vésicule avec calculs. Rein mobile. Cholécystotomie. Résection de la vésicule. Cysticotomie. Néphropexie.

L. K., vingt-deux ans, entre à la clinique le 26 mars 1901. Depuis deux ans, elle a des vomissements bilieux par accès. Elle n'a jamais eu de douleurs. L'automne précédent, elle consulta un médecin qui constata une tumeur du côté droit de l'abdomen et qui conseilla une opération.

A l'entrée, la malade n'avait pas d'ictère. *Dans l'hypocondre droit on constatait une tumeur assez volumineuse, mate et douloureuse à la pression.* La rate n'était pas augmentée de volume. Le ventre n'était pas sensible. Pas de pigments dans les urines. La malade avait en outre des métrorragies, mais le toucher ne révélait rien d'anormal, si ce n'est un certain degré d'antéversion utérine.

La malade fut examinée quelques jours plus tard sous anesthésie. On reconnut alors que la tumeur qu'on avait perçue sous

le foie n'était autre que le rein droit déplacé. On pouvait nettement reconnaître sa forme et *on ne sentait plus rien dans la région vésiculaire*.

On fit donc le diagnostic suivant: Rein mobile, Antéversion utérine. Dysménorrhée. Mais, peu après, l'examen révéla de nouveau l'existence *d'une tumeur dans l'hypocondre droit*, indépendante du rein mobile. Cette tumeur arrondie, non douloureuse, paraissait nettement dépendre de la vésicule. Elle suivait nettement les mouvements respiratoires. On modifia donc le premier diagnostic de la façon suivante: Rein droit très mobile. Hydropsie de la vésicule par occlusion du cystique (calcul ou compression du canal par le rein déplacé).

A l'opération, le 12 avril 1901, *on ne put découvrir la tumeur vésiculaire*; et c'est seulement l'exploration manuelle de la région du cholécyste qui révéla l'existence d'une grosseur du volume d'un œuf d'oie. Les parois de cette vésicule étaient minces; elle renfermait de petits calculs et il y en avait également un dans le cystique. Cholécystotomie. On retire trois petits calculs de cholestérine. On fait ensuite une cysticotomie pour enlever le calcul du cystique. Suture à deux étages de ce conduit. Drainage de la vésicule.

On fixe en terminant le rein droit à la paroi abdominale. Guérison.

OBS. V. — Due à l'obligeance de M. le Dr Delore, assistant de M. le professeur Poncet.

Marie M..., femme P..., trente-sept ans, demeurant à Loriol (Drôme), vient à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet, le 5 mars 1903, pour une tumeur de l'hypocondre droit, qui a été qualifiée: hydronéphrose intermittente.

Le début de l'affection actuelle remonterait à une fièvre typhoïde, survenue à l'âge de trente ans, mais l'affection actuelle n'aurait pris ses caractères définitifs que depuis deux ans: elle débuta alors par une violente douleur abdominale,

irradiant en ceinture dans l'épigastre et accompagnée de fièvre. Tous ces phénomènes pour lesquels cette femme dut garder le lit, disparurent au bout de deux jours ; ils réapparurent quelques jours après, puis disparurent, et ainsi de suite. Les douleurs cessaient, disait-elle, par l'émission d'une certaine quantité d'urine. La durée de chaque crise était de deux à trois jours : leur intervalle de bien-être était de trois semaines à un mois.

Au moment de ces crises douloureuses, la malade insiste sur la présence constante, dans l'hypocondre droit, d'une « boule » atteignant le volume du poing, mobile, et se dirigeant vers l'ombilic. Cette tumeur disparaît avec les douleurs. L'une des crises observée par le médecin se termina par l'émission de 1.900 grammes d'urines. Jamais d'hématurie, ni pyurie. Jamais d'ictère ni de selles décolorées, pas de pigments biliaires dans les urines. Les douleurs n'ont jamais été accompagnées d'irradiations douloureuses dans l'épaule droite.

Au cours du dernier mois, les crises douloureuses avec tumeur de l'hypocondre droit, se sont reproduites à quatre reprises.

L'examen de l'abdomen révèle un abaissement du foie ; au-dessous de son bord antérieur, douleur à la pression. Enfin, à certains moments, on reconnaît, au-dessous du foie, une masse qui donne la sensation, du reste peu précise, du ballottement rénal. Mais elle est lisse, suit les mouvements respiratoires, et ne présente pas de sonorité antérieure.

Le diagnostic primitif de cholécystocèle calculeuse restait hésitant. Après de nombreux examens, on admit plutôt une hydronéphrose intermittente, en raison de ces alternatives d'apparition et de disparition de la tumeur, qui coïncidaient encore avec l'émission urinaire.

10 mars. — Incision lombaire. Arrivé sur le feuillet péritonéal, M. Delore reconnaît que la masse n'avait pas une origine rénale. Foie prolabé, très mobile et, dans le sillon vésiculaire, vésicule biliaire petite, ratatinée sur des calculs. Le foie fut facilement attiré dans la plaie avec la vésicule. Puis la vésicule fut enlevée (cholécystectomie) ; elle contenait quatre calculs à facettes, dont l'une était engagée dans le cystique. Pour remé-

dier à l'hépatoptose, le lobe flottant du foie fut maintenu entre les lèvres musculaires de la plaie. Pansement.

Le 22 avril, la malade partait guérie. Revue à diverses reprises et notamment le 1^{er} mars 1905, soit deux ans après l'opération, elle n'accuse plus aucune douleur ni aucun malaise.

Obs. VI (inéдите). — Due à l'obligeance
de M. le professeur Jaboulay.

Il s'agit d'un malade âgé de soixante-dix ans, qui souffrait depuis deux ans de coliques hépatiques très violentes. Ce malade était sujet à des crises très douloureuses, qui revenaient à des intervalles assez irréguliers, mais qui se présentaient dans des conditions à peu près identiques

Le malade sentait venir sa crise; il avait d'abord dans l'hypochondre droit une tension douloureuse, qui était nettement vésiculaire. Cette tumeur, formée par la vésicule distendue, était si manifeste, que le patient lui-même en avait reconnu l'existence et elle avait été constatée également par un médecin des hôpitaux.

Les douleurs allaient ordinairement en augmentant; elles semblaient bien, d'ailleurs, être sous la dépendance de contractions exagérées de la vésicule, car ces paroxysmes douloureux étaient suivis d'un affaissement vésiculaire. Les crises cessaient spontanément et, dans l'intervalle des accès, le malade ne ressentait aucun trouble et il vaquait à ses occupations. Il n'y avait pas de fièvre au moment des accès: pas d'ictère.

M. Jaboulay fut appelé plusieurs fois auprès de ce malade; mais il le vit toujours en dehors des crises, et, l'examen de la région vésiculaire ne présentant rien d'anormal, il ne crut pas à l'opportunité d'une intervention immédiate.

Au bout de deux ans, les crises devenant plus douloureuses et plus longues, le malade ayant maintenant de la température, M. Jaboulay se décida à intervenir. Le malade avait un peu d'ictère. Il semblait bien à ce moment que des complications infectieuses se soient surajoutées à l'affection causale.

L'opération montra qu'il existait dans la vésicule un pus

blanc, qui, au cours des manœuvres, s'échappa de l'organe au niveau de l'origine du cystique. Il est vraisemblable d'admettre qu'une perforation spontanée était en train de se faire à ce niveau et qu'elle aurait donné lieu, au bout de peu de temps, à une péritonite par perforation.

Malgré le drainage à la Mikulicz que fit M. Jaboulay, le malade succomba quatre jours plus tard avec des symptômes de septicémie péritonéale.

OBS. VII (A. Pollosson). — Malade présentée par M. le Dr Violet à la Soc. des Sciences méd. de Lyon, le 23 mai 1906.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, sans antécédents héréditaires ni personnels intéressants. Elle vient à l'hôpital pour des crises douloureuses au niveau de la région supérieure droite de l'abdomen. Ces crises ont débuté en janvier de cette année. Au début, elles venaient une fois par semaine, tous les vendredis ; depuis une quinzaine de jours elles ont augmenté de fréquence et viennent actuellement tous les jours après le repas de midi.

Elles se caractérisent par des douleurs violentes dans le flanc droit, avec irradiations entre les deux épaules obligeant la malade à garder le lit. Elles s'accompagnent quelquefois de vomissements alimentaires et bilieux. Leur durée, qui était d'abord d'une heure, est maintenant de cinq à six heures. Jamais de jaunisse, jamais de décoloration des matières.

A l'entrée dans le service, on trouve un foie abaissé et basculé en avant ; une tumeur dure, sensible à la pression, se continuant nettement avec le foie dont elle suit les mouvements, et à la percussion de laquelle on ne peut déceler de séparation entre elle et la matité hépatique. Il s'agit nettement d'une affection vésiculaire. Mais il est difficile de dire si ce que l'on sent au-dessous du rebord du foie est constitué par la vésicule ou par des adhérences péritonéales.

La malade nous dit que lors des crises douloureuses, il se formait une *boule*, que son médecin, le Dr Perge, a nettement sentie ; on songeait naturellement à une hydropisie intermittente de la

vésicule biliaire sur laquelle MM. Villard et Cotte venaient récemment d'attirer l'attention. Il s'agissait en tout cas d'une lithiase vésiculaire pure, probablement d'un calcul en clapet au niveau du cystique.

Trois jours après l'entrée de la malade dans le service, on put observer une crise douloureuse ayant duré une heure. A 9 heures du matin, l'exploration pratiquée par plusieurs assistants du service, permettait de sentir très nettement, à travers une paroi abdominale mince, une vésicule dure, tendue, lisse, en forme de battant de cloche, dont on contournait facilement le pôle libre. On prenait tout à fait cette vésicule dans la main et on en enregistrait très nettement les contractions. Cette crise douloureuse fut calmée assez vite par une piqûre de morphine pratiquée à 10 heures du matin; les douleurs cessèrent, ainsi que l'état nauséux; mais cette fois, alors que toute crise douloureuse avait cessé, l'exploration de la région, à travers la paroi abdominale, permit cependant de sentir la vésicule aussi volumineuse et presque aussi tendue qu'elle l'était lors de la crise douloureuse.

Intervention : laparotomie sur le bord externe du droit, (professeur Aug. Pollosson); on trouve une vésicule pleine, distendue, présentant la forme d'une banane, libre de toute adhérence péritonéale. Il n'existe d'adhérences qu'au niveau du col de la vésicule. On pratique une taille vésiculaire : il s'écoule 50 à 60 grammes de liquide *muqueux et bilieux*. Le doigt introduit dans la vésicule en retire un calcul mûriforme, du volume d'une noisette. Celui-ci est entièrement libre et n'explique pas la distension vésiculaire. Sur ce, on explore les voies inférieures et, en particulier, le canal cystique avec un doigt introduit dans l'hiatus de Winslow. Cette exploration permet de sentir encore deux calculs, qu'on ramène avec quelques difficultés dans la vésicule. Ces deux calculs sont chacun du volume du précédent. L'exploration du reste des voies biliaires, n'ayant rien révélé au-dessous, on se décide à refermer la vésicule. Fermeture à deux plans. Réintégration sans aucun drainage. Suites très simples.

Guérison sans aucune élévation de température.

Nous avons récemment écrit à cette malade pour lui demander de ses nouvelles. Elle n'a plus eu aucune crise douloureuse et se déclare très satisfaite de l'opération.

Obs. VIII (Roux, *in th.* Clément, Lausanne, 1900).

M^{me} Emma B..., vaudoise, âgée de vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 12 juin 1907.

Sa mère souffre de crises intermittentes d'ictère et de coliques hépatiques depuis vingt ans.

M^{me} B... a toujours eu l'estomac délicat : à dix ans déjà, gastrite aiguë ; de dix-huit à vingt ans, crampes d'estomac. Quatre accouchements normaux.

En septembre 1895, la malade remarque, dans la partie *supérieure de la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une orange, lisse, dure et légèrement douloureuse au palper* ; des douleurs spontanées apparaissent dans cette région, sourdes d'abord, dégénérant bientôt en véritables accès de coliques. Elles coïncident souvent avec les périodes, débutent insensiblement pour atteindre graduellement un maximum et diminuer ensuite peu à peu. *La durée de ces crises varie entre quelques minutes et deux heures.* Le repos les atténue. Vers la fin de l'accès, vomissements abondants, bilieux et alimentaires ; jamais d'ictère. A chaque crise douloureuse, la malade *sentait, à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, la petite tumeur déjà mentionnée.*

Une grossesse survient, pendant laquelle douleurs et tumeur disparaissent ; au moment du retour de couches, nouvelle crise avec vomissements bilieux. Le 22 mai 1897, au début des périodes, M^{me} B... est surprise par un frisson qui dure un quart d'heure ; puis surviennent de vives douleurs dans la région hépatique avec vomissements.

Les conjonctives et la peau prennent une teinte jaunâtre, l'urine diminue de quantité et devient brunâtre, Au bout de trois à quatre jours, après des alternatives d'amélioration et de

rechute, l'accès se calme et tout rentre dans l'ordre. Le 4 juin, nouvelle crise, moins violente, sans frissons, mais avec vomissements.

A l'entrée, on note : femme d'apparence robuste, pas d'ictère, rien d'anormal dans la région hépatique.

Rein droit descendu, mobile, mais pas flottant.

L'estomac, insufflé, descend au niveau de l'ombilic (petite courbure, 3 centimètres au-dessus, grande, 3 centimètres au-dessous).

La tumeur sentie par la malade serait-elle un rein flottant et les crises douloureuses en relation avec une coudure de l'uretère ?

On garde la malade en observation.

16 juin. — survient un accès avec vomissements et conjonctives légèrement jaunâtres. La sangle de Glénard soulage la malade, mais n'empêche pas d'autres accès de se produire.

30 juin 1897. — *Laparotomie exploratrice*. Incision sur le bord externe du muscle droit. Les parois de la vésicule sont très épaissies, mais on ne sent aucun calcul dans son intérieur; par contre, de fortes adhérences l'unissent aux anses intestinales voisines. Le pylore est normal, pas d'ulcère stomacal. L'estomac est ptosé et arrive à l'ombilic, comme l'indique l'insufflation.

Le rein droit est descendu, mais pas mobile. Lobe flottant du foie, formé aux dépens du lobe droit. Pas d'autres anomalies.

On détache les adhérences qui unissent la vésicule aux intestins et on referme l'abdomen comme d'habitude.

Cependant, le 4 juillet, la malade se plaint de douleurs sourdes dans l'abdomen et on note une coloration subictérique des téguments avec légère réaction de pigment biliaire dans l'urine.

Cette crise ne se reproduisit plus et, le 13 juillet, M^{me} B... rentrait chez elle en bon état.

Aucune élévation thermique pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital.

CHAPITRE III

LITHIASSE DES VOIES PRINCIPALES

I. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

De même que la lithiasse vésiculaire, les calculs du cholédoque ou de l'hépatique peuvent donner lieu à des manifestations symptomatiques très variées; depuis les formes où l'on observe d'emblée les phénomènes généraux les plus graves jusqu'à celles où il n'existe à peu près pas de signes de la présence de calculs dans les voies principales, il y a de nombreuses formes intermédiaires, dans lesquelles le syndrome de l'occlusion du cholédoque est plus ou moins bien réalisé. Pour la clarté de l'exposition, j'étudierai séparément la forme aiguë et la forme chronique de l'obstruction calculeuse.

Mais, avant d'entreprendre cette étude je rappelle qu'on a signalé quelques faits dans lesquels la lithiasse du cholédoque existait sans donner lieu à aucun signe apparent. On a même prétendu que des calculs assez volumineux pouvaient séjourner dans un canal dilaté par des coliques hépatiques antérieures, sans donner lieu à aucune manifestation symptomatique particulière.

En réalité, il s'agit là de faits excessivement rares,

qui tendent même à devenir de moins en moins fréquents, depuis que nous sommes mieux renseignés sur la valeur séméiologique des différents troubles, qu'on observe chez les lithiasiques. Si j'en parle ici, c'est seulement pour dire à nouveau que dans toute intervention sur les voies biliaires accessoires, il faut toujours explorer avec soin le cholédoque et l'hépatique. C'est une règle de conduite dont il ne faut jamais se départir au cours d'une intervention pour lithiase, et c'est pour ne pas l'avoir suivie que de nombreux chirurgiens, dans une première opération, ont quelquefois laissé passer des calculs, qui ont déterminé ensuite de nouveaux accidents et qui ont souvent nécessité une deuxième intervention.

A. Occlusion aiguë du cholédoque. — L'occlusion aiguë du cholédoque peut s'observer dans différentes circonstances.

Elle est due quelquefois au simple passage d'un petit calcul, qui parcourt ce canal pour aller dans l'intestin : le tableau clinique est alors à peu près le suivant. Après une crise de coliques hépatiques, dans laquelle les irradiations se feraient plutôt entre les deux épaules, un ictère plus ou moins intense apparaît, bientôt suivi de décoloration des fèces et d'une élévation de la température, qui traduit l'angiocholite ; puis, au bout d'un temps variable, tout rentre dans l'ordre, et le malade reprend toutes les apparences d'une bonne santé. Cet accident peut rester, d'ailleurs, tout à fait isolé dans la vie d'un malade et la lithiase ne jamais plus donner lieu à aucune autre manifestation.

Mais à côté de ces cas heureux, il en est d'autres dans lesquels cette crise avec expulsion de calculs est bientôt suivie d'accès analogues. Il persiste, dans les voies biliaires, des calculs qui deviennent le point de départ de nombreuses poussées angiocholitiques. Souvent même, le calcul qui a déterminé la première crise, au lieu d'être éliminé par l'intestin s'est arrêté dans l'ampoule de Vater; il ne peut franchir la papille qui le sépare de la cavité du duodénum; et ce contact avec l'intestin réalise les meilleures conditions pour le développement d'une infection ascendante des canaux biliaires.

Ainsi ce calcul, enclavé dans un diverticule du cholédoque ou dans l'ampoule, sous l'influence de ce que Chauffard appelle des thromboses biliaires cholédociennes, arrive à prendre des dimensions de plus en plus considérables. De nouvelles couches de cholestérine se déposent à sa surface, gênant chaque jour davantage l'écoulement de la bile dans l'intestin. L'infection s'installe peu à peu à l'état permanent, entraînant un état de rétention qui favorise à son tour la recrudescence de l'infection initiale et peu à peu le tableau de l'occlusion chronique se substitue à celui de l'occlusion aiguë.

Telle est la marche habituelle de l'occlusion calculaire aiguë du cholédoque. Ajoutons, pour être complet, que dans un certain nombre de faits, de même que pour la lithiase vésiculaire, la présence de concrétions dans le canal donne d'emblée naissance à des phénomènes généraux graves, qui peuvent indiquer une opération d'urgence.

La plupart des chirurgiens font de l'obstruction calculeuse aiguë du cholédoque une lésion qui relève uniquement des moyens médicaux. Kehr, dans ses différentes publications dit que c'est un accident essentiellement médical, et il ajoute que les accès, qui s'accompagnent chaque fois d'ictère et d'expulsion de calculs par les selles, ne doivent pas être traités chirurgicalement.

Körte, Kümmel, Garré parlent seulement de l'occlusion aiguë sans s'occuper de ses différentes formes.

Mais je crois, qu'à l'heure actuelle il faut être plus interventionniste et faire beaucoup plus d'opérations précoces qu'on en a fait jusqu'ici. Sans doute, il ne faut pas intervenir dès la première poussée d'angiocholite aiguë. Il peut s'agir, ainsi que nous l'avons dit, d'un accident unique, qui ne se reproduira plus jamais, chez un malade qu'un régime bien compris ou des saisons à Vichy bien ordonnées, suffiront à guérir complètement. Mais, contrairement à Kehr, je pense que si l'on est en présence d'angiocholécystite aiguë récidivante, bien que l'accès se termine chaque fois par l'expulsion d'un calcul, il faut intervenir.

La question est ici la même que pour la cholécystite chronique récidivante, dans laquelle on voit se produire des poussées aiguës à intervalles plus ou moins rapprochés. Le danger est certainement plus grand que lorsque les calculs n'occupent que les voies accessoires ; il ne faut pas attendre que le malade ait des signes d'occlusion chronique pour prendre une décision, et il faut profiter de l'intervalle des crises pour le mettre à l'abri d'accidents qui peuvent un jour prendre subi-

tement une allure suraiguë et rendre nécessaire une opération qui sera faite dans des conditions bien plus défectueuses.

Les quelques considérations que nous avons développées tout à l'heure suffisent à montrer le danger d'une abstention systématique. L'arrêt de calculs même momentané dans les voies principales, marque le début de la deuxième phase de la cholélithiase ; le pronostic en devient d'ores et déjà plus sérieux ; aussi, dans tous les faits où les accidents ont une tendance à la répétition, qu'ils soient suivis ou non de l'expulsion de calculs dans les selles, il faut intervenir et faire le drainage des voies biliaires.

Il est bien évident, que dans tous les cas où il existe d'emblée des accidents graves, si la fièvre est élevée, l'état général mauvais, et la réaction péritonéale intense, il faut se hâter d'intervenir le plus tôt possible. Il faut assurer, dans le plus bref délai, le drainage des voies biliaires principales soit par le cholédoque, soit par la vésicule. Nous verrons tout à l'heure les indications de l'un et de l'autre de ces procédés.

B. Occlusion chronique du cholédoque. — L'obstruction chronique du cholédoque constitue, à l'heure actuelle, pour la majorité des médecins, une indication de l'intervention chirurgicale. Mais on discute encore sur le moment où il convient le mieux de confier le malade au chirurgien.

En faveur d'une opération précoce, on a fait surtout valoir les altérations secondaires qu'entraîne sur tous les organes une rétention biliaire prolongée; la transfor-

mation toujours possible d'un ictère chronique en ictère grave ; le développement d'une angiocholite ascendante ou d'une cirrhose biliaire ; enfin, les difficultés et la gravité de l'opération portant sur des individus épuisés par un long ictère. Ces différentes éventualités ont conduit un grand nombre d'auteurs à conseiller une intervention rapide, le délai de trois mois étant considéré comme un maximum ; Ewald même ne veut pas qu'on dépasse plus d'un mois. D'autres médecins, par contre, citant à l'appui de leur opinion quelques cas de guérison spontanée après une longue expectation sont d'avis de reculer jusqu'aux plus extrêmes limites le moment de l'intervention, et parmi eux, il en est comme Naunyn qui, pendant longtemps, n'ont fait appel au chirurgien qu'après une année écoulée.

Mais, en réalité, on ne saurait fixer par avance et pour tous les cas, les limites d'un traitement médical. A côté des faits dans lesquels une intervention n'a pas lieu d'être discutée avant plusieurs mois, il en est d'autres où, dès les premières semaines, le malade supporte si mal l'obstruction de son cholédoque qu'au trèntième ou au quarantième jour, on est obligé d'intervenir. Sur quels signes faut-il donc se baser pour poser ces indications opératoires ?

La majorité des auteurs qui, se sont occupés jusqu'ici du traitement de la lithiasé cholédocienne, admettent en principe que l'expectative peut être prolongée jusqu'au moment où paraissent les signes d'insuffisance hépatique. Il faut examiner soigneusement l'état des fonctions hépatiques, rechercher le taux de l'abaissement de l'urée, la glycosurie alimentaire, l'urobili-

nurie et l'indicanurie et, dès que ces signes entrent en scène, il faut intervenir. Mais, si l'on attend ainsi que la cellule hépatique soit atteinte dans son fonctionnement pour désobstruer et drainer les voies biliaires, il est bien évident qu'on s'exposera à des échecs immédiats plus nombreux ; les résultats éloignés seront également bien plus aléatoires, car l'intervention ne peut rien contre les désordres qui ont été produits sur le parenchyme hépatique et nous verrons tout à l'heure qu'on a vu des malades mourir d'ictère grave, un ou deux ans après une opération pour lithiasé du cholédoque, dans laquelle cependant un drainage prolongé avait fait disparaître toute trace d'inflammation.

Nous savons actuellement que les accidents auxquels donnent lieu les calculs du cholédoque, semblables en cela aux calculs de la vésicule, ne sont pour ainsi dire jamais d'origine mécanique et qu'ils relèvent presque toujours de l'infection. Les symptômes, qui les caractérisent, résultent non pas de l'occlusion mécanique de ce conduit, mais d'une angiocholite concomitante, qui ne demeure que très rarement localisée aux voies biliaires extra-hépatiques, et qui s'étend habituellement aux plus fines ramifications intra-glandulaires, menaçant même le parenchyme hépatique. C'est le degré d'infection du malade qui doit décider l'opportunité d'une intervention. C'est par l'étude attentive seule des signes locaux ou généraux, relevés à l'examen, qu'on peut se faire une idée de l'étendue des lésions en profondeur.

Nous allons donc examiner successivement les indications fournies par chacun de ces symptômes, et

nous efforcer d'établir sur eux des indications opératoires précises. Nous laisserons de côté tout ce qui a trait aux formes cliniques de la maladie pour nous occuper seulement de la valeur séméiologique et de la signification chirurgicale des principaux signes de la lithiase cholédocienne :

Les douleurs ;

La fièvre ;

L'ictère ;

L'augmentation de volume du foie ;

L'état des organes voisins ;

Et enfin, l'état général du malade.

1° *Douleurs*. — La lithiase cholédocienne, dans ses formes chroniques, s'accompagne de douleurs qui ont tantôt les caractères d'une colique hépatique franche, tantôt ceux d'un endolorissement continu de la région épigastrique ; dans quelques cas, d'ailleurs, elles font totalement défaut.

Vautrin a déjà depuis longtemps insisté sur les particularités de ces douleurs. Il a montré qu'elles ont ordinairement une irradiation vers la région interscapulaire plutôt que vers l'omoplate, et il a insisté sur leur recherche clinique par la palpation du cholédoque. Au point de vue pathogénique, nous savons qu'elles relèvent, au même titre que les autres signes, de l'angiocholite concomitante. Leur intensité est variable ; mais, somme toute, comme tous les phénomènes douloureux, elles sont surtout subordonnées à l'état de sensibilité plus ou moins grande du malade. Lorsqu'elles sont suffisamment caractérisées, elles peuvent avoir une certaine valeur diagnostique ;

en tout cas, leur signification chirurgicale est insignifiante et nous n'y insisterons pas davantage.

2° *L'ictère chronique* par obstruction calculueuse du cholédoque, présente des caractères spéciaux, qu'il importe de bien connaître. Dans presque tous les cas il s'établit graduellement, par étapes successives, et il acquiert peu à peu une intensité, qui varie souvent du subictère à l'ictère foncé de coloration verte, vert olive, ou bronzée, mais il n'a jamais une coloration aussi marquée que dans les lésions non calculueuses, qui compriment le cholédoque. Il s'accompagne généralement de tous les signes qu'on rencontre dans les ictères par rétention : pigments biliaires dans les urines, décoloration des matières, prurit, signes cardio-vasculaires, etc. Il peut persister seul, alors que les symptômes douloureux ont disparu ou qu'il n'existe plus trace d'accès fébriles. Il manque d'ailleurs aussi quelquefois (8 p. 100, Brüning; 15 p. 100, Arnsperger; 33 p. 100, Kehr).

Au point de vue pathogénique, nous avons dit qu'en règle générale, l'ictère est le résultat de l'angiocholite qui complique assez souvent la calculose. Pour Ehret, il est d'origine intra-hépatique et se produit quand l'inflammation remonte dans les voies biliaires intraglandulaires. Il dépend non d'une occlusion locale par le calcul, ni même d'une inflammation localisée à ce niveau. Lorsque l'angiocholite n'atteint pas les gros canaux, l'ictère ne s'établit que dans des cas exceptionnels; la poussée infectieuse est suivie d'une poussée ictérique d'autant plus régulièrement que l'infection atteint les petites ramifications de l'arbre biliaire; en

outre, plus le calcul siège près de l'intestin, plus les poussées infectieuses sont nombreuses.

J'ai cherché récemment, dans un travail sur *la signification chirurgicale de l'ictère*, à me rendre compte de la valeur séméiologique et pronostique de l'ictère en chirurgie. J'ai étudié, à ce point de vue, un très grand nombre de faits, et voici les conclusions auxquelles je suis arrivé.

Dans la lithiasie du cholédoque, l'ictère est fonction d'une infection profonde des canaux biliaires, et rarement d'un obstacle mécanique au cours de la bile. Lorsqu'il n'existe que d'une façon intermittente, évoluant par poussées successives en même temps que les douleurs et la fièvre, il ne paraît pas comporter de fâcheux augure. Il est l'indice non douteux de l'angiocholite ascendante, mais les petites voies intra-hépatiques sont encore peu touchées ; aussi, dès que l'inflammation disparaît, la perméabilité des canaux de la bile se rétablit aussitôt. Seule, la fréquence de ces poussées doit être prise en considération et, lorsqu'elles se repètent trop souvent, il ne faut pas attendre davantage pour faire le drainage des voies biliaires. L'ictère persistant comporte au contraire un pronostic beaucoup plus sérieux. Qu'il s'agisse de troubles dans le fonctionnement de la cellule hépatique, consécutifs à la rétention de la bile dans ses voies d'excrétion, ou que la bile, qui imprègne tous les tissus, détermine sur les organes plus ou moins éloignés des lésions de leurs épithéliums ; toujours est-il que les lithiasiques ictériques offrent moins de résistance à l'intervention ; ils ont beaucoup plus de shock opératoire et mettent sou-

vent plusieurs jours à se relever de l'opération ; enfin, malgré tous les soins apportés à l'hémostase, ils gardent pendant longtemps une susceptibilité particulière aux hémorragies secondaires, qui peuvent même souvent se produire à une date avancée de la convalescence.

On a récemment prétendu que, dans ce cas, la chronicité de l'ictère relève d'altérations pancréatiques accessoires qui compriment la dernière portion du cholédoque. Ces lésions expliqueraient en même temps l'amaigrissement rapide et l'altération de l'état général. Pour les classiques, au contraire, la persistance de l'ictère serait due à l'angiocholite des canaux biliaires intra-hépatiques.

Quoi qu'il en soit, l'ictère chronique foncé dans la lithiase du cholédoque doit être considéré comme un facteur important de gravité. Il s'accompagne d'ailleurs souvent de signes (fièvre, augmentation de volume du foie) qui contribuent à lui donner une signification de mauvais augure. Mais, je crois qu'il ne faut pas toujours attendre l'apparition de ces symptômes pour décider d'un traitement chirurgical. En cas de discordance des troubles observés, je suis même d'avis que c'est l'ictère qu'il faut suivre pour poser les indications opératoires. Dans les formes plus ou moins atypiques d'ictère chronique, en effet, dans lesquelles il n'y a ni douleurs, ni élévation de la température, même en l'absence de tout signe fourni par la palpation, on est obligé de faire les plus grandes réserves sur l'existence d'un néoplasme et à ce point de vue, l'opération pour avoir quelque chance de succès, doit être aussi précoce que possible. Nous avons déjà dit qu'il ne fallait pas

attendre dans ce cas l'apparition d'une insuffisance hépatique pour recourir au traitement chirurgical; nous avons maintenant une deuxième raison pour ne pas retarder les limites de l'intervention.

L'ictère emprunte parfois aux signes qui l'accompagnent un élément de gravité tel qu'on pourrait discuter l'utilité d'une intervention. Lorsque la rétention de bile, en effet, s'accompagne de fièvre et surtout d'hémorragies; quand, en un mot, le syndrome de l'ictère grave secondaire se trouve réalisé, faut-il malgré cela tenter l'opération?

Quelques chirurgiens font des hémorragies sous-cutanées une contre-indication chirurgicale et ils préféreraient abandonner le malade à son triste sort. C'est une pratique qui a certainement l'avantage d'améliorer les statistiques; mais on ne saurait défendre une conduite qui est l'équivalent d'une abstention systématique dans l'occlusion intestinale, lorsqu'il y a déjà de la péritonite. Il faut coûte que coûte, faire d'urgence le drainage des voies biliaires accessoires ou principales, suivant les conditions locales ou générales que présente le malade, sans vouloir chercher à faire d'emblée une opération radicale; on sera toujours à temps, si le malade se relève, de compléter plus tard cette intervention et de la rendre plus efficace.

Contrairement à Linossier, je pense donc que l'ictère est un symptôme dont il faut tenir un grand compte au point de vue des indications opératoires. S'il est vrai qu'il n'y a pas une proportionnalité absolue entre l'intensité de l'ictère et la gravité de l'infection, il n'en reste pas moins certain que, dans la ma-

jorité des cas, il traduit l'obstruction inflammatoire des fins canalicules biliaires ou la coexistence de lésions pancréatiques; il ne faut donc pas le traiter comme un élément accessoire, quand on veut résoudre le problème des indications chirurgicales de la lithiasé du cholédoque.

Ajoutons, enfin, que si l'existence d'un ictère permanent comporte un pronostic plus sérieux, sa disparition ne doit pas être considérée comme un symptôme favorable. Dans un certain nombre de cas, en effet, cette diminution de la teinte ictérique des téguments ou des urines traduit non pas la désobstruction des voies biliaires mais un trouble de sécrétion de la cellule hépatique. Elle s'accompagne alors des autres signes de l'insuffisance hépatique et les selles restent décolorées.

On ne peut donc se méprendre sur sa valeur et on en comprend aisément la gravité.

3° *Fièvre*. La signification chirurgicale de la fièvre dans la lithiasé du cholédoque est à peu près la même que celle de l'ictère; cela ressort, d'ailleurs, de la similitude que ces deux symptômes offrent dans leurs manifestations. De même que l'ictère, la fièvre peut manquer chez des malades où il existe cependant une infection manifeste, et sa disparition, loin de comporter toujours un bon pronostic, indique souvent, au contraire, que l'organisme épuisé cesse de réagir et de résister aux progrès des lésions infectieuses. Dans tous les cas où le retour de la température à son taux normal n'est pas accompagné d'une amélioration de la santé générale, il ne faut donc pas se méprendre sur sa véritable

signification et faire les plus graves réserves au sujet du pronostic.

Mais ces cas exceptionnels mis à part, la fièvre dans la lithiase du cholédoque, apparaît sous des aspects qui affectent le type de la fièvre hépatique de Charcot, celui de la fièvre intermittente de Monneret ou bien encore celui de la fièvre rémittente bilio-septique de Chauffard. Je ne veux pas m'arrêter ici à en définir les différents caractères; il me suffira d'ajouter que ces diverses formes sont loin de comporter toujours le même pronostic.

Nous savons aujourd'hui que ces différentes poussées fébriles relèvent toujours de l'infection, mais on admet généralement que les accès intermittents sont symptomatiques d'une infection moins profonde que la fièvre rémittente à exacerbation vespérale. Les premiers, malgré leur allure solennelle, et malgré l'hyperthermie souvent considérable qui les caractérise se rencontrent surtout lorsque l'infection siège au niveau des voies biliaires inférieures; la fièvre rémittente à grandes oscillations se rencontre, au contraire, lorsque l'angiocholite ascendante a déjà atteint le parenchyme hépatique et ici, comme dans les autres circonstances où elle se produit, elle garde sa signification de fièvre de suppuration: elle est ordinairement significative d'une angiocholite suppurée.

Au point de vue thérapeutique, il faut donc conclure que lorsque la fièvre affecte ce dernier mode, il faut recourir à l'intervention d'une façon aussi précoce que possible. En face d'un malade qui présente au contraire des accès intermittents, il faut moins se baser sur l'inten-

sité des phénomènes observés que sur leur répétition, et leur association avec les symptômes que nous avons déjà étudiés, ou avec une altération de l'état général. De l'avis de Körte, lorsqu'ils existent seuls, ils ne doivent pas être pris en grande considération par le chirurgien; mais lorsqu'on constate en même temps des poussées d'ictère et une augmentation de volume du foie, il ne faut pas hésiter à intervenir.

4° *Augmentation de volume du foie.* De même que l'ictère et la fièvre, l'augmentation de volume du foie témoigne de l'envahissement de cet organe par l'infection. Comme ces derniers, elle est susceptible de présenter certaines modifications auxquelles on a même attribué une signification toute particulière.

Ainsi, lorsque l'hypertrophie du foie n'est que momentanée, elle constitue pour quelques-uns la preuve que le foie se défend et son retour à l'état normal indique une victoire de cet organe sur ses envahisseurs. Pour Mongour, la régression du volume du foie coïncidant avec une polyurie azoturique est un signe favorable. Au contraire, l'immobilisation du foie dans sa forme, ou sa régression isolée sont un signe que l'obstacle cesse d'être toléré: la défense hépatique est mise en échec, et il faut intervenir. Pour cet auteur, d'ailleurs, il ne faut pas tenir compte du volume absolu de l'organe, mais de ses variations successives.

« La palpation et la percussion méthodiques pratiquées journellement constituent le meilleur moyen de fixer le début de l'intolérance hépatique et par conséquent le moment de l'intervention chirurgicale. En présence d'un ictère chronique par obstruction calcu-

leuse l'intervention s'imposera le jour où il sera bien établi que le foie reste fixé dans son volume. »

Il est inutile d'insister ici, je crois, sur tous les aléas que comporte la détermination exacte au jour le jour de l'état d'hypertrophie ou d'atrophie de la glande hépatique. Tout le monde sait la difficulté qu'on éprouve, chez certains sujets, à déterminer même approximativement le volume de l'organe : un foie basculé en avant peut en imposer pour un foie augmenté de volume et, lorsque le bord tranchant est caché derrière les fausses côtes, il est impossible d'en apprécier la consistance. Au reste, même si l'état du foie pouvait être facilement apprécié, il est bien certain qu'une intervention pratiquée ainsi, aux limites de sa résistance, serait une opération trop tardive. La fixation du foie dans sa forme est un signe contemporain de l'insuffisance hépatique : or, nous avons déjà signalé les inconvénients d'une aussi longue expectation.

La conclusion qui s'impose, c'est donc que de tous les signes fonctionnels ou physiques qu'on observe dans la lithiasé du cholédoque, aucun ne possède par lui-même, en dehors de tous les autres, une valeur absolue et n'indique formellement l'intervention. Les douleurs peuvent entraîner une opération en raison de leur persistance ou de leur intensité ; dans ce cas, d'ailleurs, le malade viendra de lui-même au chirurgien. L'existence d'accès fébriles ou de poussées d'ictère, l'augmentation de volume du foie n'ont aucune signification fâcheuse, lorsqu'ils restent un phénomène unique. Mais, lorsque tous ces signes se répètent, il faut agir d'une façon aussi précoce que possible. L'infection

est déjà dans les gros canaux biliaires et il faut la combattre avant qu'elle ne détermine sur le foie des lésions irrémédiables. A ce point de vue, j'estime que la fièvre rémittente bilio-septique, l'ictère persistant, l'immobilisation du foie dans sa forme ou son atrophie sont des signes qui révèlent une infection profonde non seulement des voies biliaires extra-hépatiques, mais encore des canaux intra-hépatiques. Lorsque le malade consulte à ce moment, il faut pratiquer d'urgence le drainage de ses voies biliaires, mais il serait tout à fait dangereux, dans les autres cas, d'attendre ce moment pour intervenir. Je répète que les formes frustes de lithiase cholédocienne qui ne se traduisent que par un ictère chronique, sans phénomènes douloureux, sans variations de son intensité, et sans élévation de température, ne peuvent être distinguées cliniquement du néoplasme. Il faut donc se comporter comme s'il s'agissait d'un cancer et recourir à une intervention aussi précoce que possible.

Telles sont les seules indications qu'on puisse tirer de l'examen local du malade. Nous allons passer rapidement en revue maintenant les troubles de la santé générale qui justifient l'intervention précoce.

5° Troubles des autres organes; examen des urines.—

Je ne m'arrêterai pas ici sur les troubles des organes voisins qui peuvent rendre plus urgente une opération pour lithiase du cholédoque. Il est bien évident que l'existence d'une sténose pylorique ou intestinale, celle d'une pancréatite, d'un empyème de la vésicule ou d'un abcès péricholécystique nécessitent une décision plus rapide. Je me réserve de revenir tout à l'heure sur

ces faits et de montrer les déductions thérapeutiques qu'ils impliquent.

Du côté du rein, des poumons, et du cœur les contre-indications sont les mêmes que pour toute intervention chirurgicale grave. Chez un tuberculeux en évolution ou chez un sujet atteint de néphrite chronique on n'interviendra qu'en cas d'urgence. Nous avons déjà insisté sur ces faits dans le premier chapitre et nous ne saurions y revenir ici.

6° *Modifications de l'état général.* — La lithiase du cholédoque s'accompagne dans certains cas d'une altération de l'état général telle qu'il est de toute nécessité de recourir à une intervention rapide. On a depuis longtemps insisté déjà sur les troubles digestifs, l'amaigrissement, et la dénutrition qui se produisent chez les lithiasiques. Récemment, on a montré que ces troubles étaient surtout accusés lorsqu'il y avait des lésions pancréatiques associées, et R. Gaultier a indiqué une méthode qui permet de reconnaître la part qui revient à chacun de ces organes dans les troubles observés. Quoi qu'il en soit, c'est à la suppression des fonctions hépatiques ou pancréatiques que sont dus tous ces désordres et c'est ce qui justifie l'opération précoce dans tous les cas où ils existent.

Pour les raisons que nous avons indiquées plus haut, il nous paraît inutile de chercher le taux de l'urée, l'urobilinurie, l'indicanurie, la glycosurie alimentaire. Ce sont des signes qui, lorsqu'ils sont groupés, témoignent d'une insuffisance hépatique secondaire. Ils peuvent donc avoir une certaine valeur pronostique, mais il ne faut pas attendre leur apparition pour inter-

venir. De même, la présence d'albumine dans les urines prouve le retentissement de la lithiase sur le rein et indique des lésions hépatiques déjà avancées.

En résumé, il semble bien que jusqu'à présent on ait trop reculé les limites de l'intervention dans la lithiase du cholédoque. Dans l'examen des différents symptômes observés et dans la détermination de leur valeur séméiologique on s'est toujours attaché à rechercher ceux qui traduisent l'insuffisance hépatique. Nous avons montré les dangers d'une pareille conduite. Ici, encore plus que dans la lithiase vésiculaire, il faut agir rapidement si l'on veut faire œuvre utile. Il faut intervenir en quelque sorte avant que l'occlusion ne soit définitive, et que l'infection n'attaque la glande hépatique, avant que la cellule hépatique n'ait été modifiée dans sa structure ou troublée dans son fonctionnement.

Nous avons montré que dans la lithiase vésiculaire, grâce à la précocité de l'intervention la mortalité en 10 ans était tombée de 15 à 2 pour 100 pour les cholécystostomies et de 10 à 3 pour 100 pour les cholécystectomies. Pour la lithiase du cholédoque, les résultats sont encore plus sensibles ; au lieu d'une mortalité globale de 26 pour 100 (Braün) il y a dix ans, le nombre d'échecs atteint seulement 5 pour 100 maintenant. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour que je me dispense de tout autre commentaire. Ils suffisent à montrer que les dangers de l'opération ne sont pas aussi grands qu'on a bien voulu le prétendre et qu'en réalité il y a moins de risques à intervenir d'une façon précoce qu'à temporiser indéfiniment.

Il en est, d'ailleurs, au niveau des voies biliaires

comme au niveau des voies urinaires. On a souvent comparé les accès de fièvre intermittente hépatique à ceux de l'infection urinaire, l'angiocholite ascendante à la pyélonéphrite ascendante, l'insuffisance hépatique enfin à l'insuffisance rénale. Au point de vue thérapeutique, cette similitude d'aspect doit être conservée. En présence d'un malade atteint d'une obstruction calculuse chronique du cholédoque, la situation est la même que chez un rétréci ou un prostatique atteint de rétention chronique. Dans les deux cas, la maladie procède par poussées successives et, qu'il s'agisse d'une rétention biliaire ou d'une rétention d'urine, les dangers sont absolument de même ordre : ils dépendent de l'infection qui se surajoute presque toujours à la rétention et des altérations parenchymateuses des organes qui sont à l'extrémité supérieure des canaux infectés.

Or, de même que dans la rétention d'urine, on n'attend pas pour intervenir que le rein soit atteint, dans la lithiase du cholédoque, il faut aussi prévenir l'infection et la dégénérescence de la glande hépatique. Sans doute à ce moment, le chirurgien peut encore faire œuvre utile, et il peut arracher le malade aux accidents immédiats qui mettent sa vie en danger ; mais l'intervention la mieux conduite est incapable de faire disparaître les désordres qui se sont déjà produits du côté du parenchyme hépatique. De même que la taille vésiculaire est impuissante à faire rétrocéder des lésions de néphrite ascendante, le drainage des voies biliaires principales ne peut faire disparaître les altérations hépatiques. Même après l'intervention chirur-

gicale, le lithiasique reste un hépatique et s'il manque à une hygiène rigoureuse ou à un régime bien compris, il est à la merci d'accidents dont il faut voir l'origine dans ces altérations intimes de la glande hépatique.

2. CHOIX DU PROCÉDÉ

Le nombre des opérations pratiquées dans la lithiasie des voies biliaires principales est aujourd'hui considérables ; mais on peut, en somme, les ranger dans deux catégories principales :

1^o Dans la majorité des cas, on intervient directement sur le calcul et on cherche à en pratiquer l'ablation soit en le repoussant dans l'intestin ou dans la vésicule, soit en l'enlevant à travers une incision de ce conduit.

2^o Dans un certain nombre d'autres cas, au contraire on s'occupe surtout de rétablir le passage de la bile dans l'intestin sans s'inquiéter du calcul en lui-même ; on ne rétablit pas la perméabilité du cholédoque, mais on empêche la déchéance de la cellule hépatique en supprimant la rétention au moyen d'une anastomose entre les voies biliaires obstruées et le tube digestif.

Je vais rapidement montrer les avantages ou les inconvénients de ces différentes interventions, en m'attachant surtout à montrer les opérations types qui ont été réalisées. Mais, avant d'entreprendre cette étude,

je crois nécessaire de rappeler que je me suis occupé surtout de thérapeutique chirurgicale et non de médecine opératoire. Je ne saurais donc m'étendre ici sur les différents procédés, qui ont été décrits pour réaliser l'exécution de telle ou telle opération.

Pour mettre un peu d'ordre dans cette étude, j'étudierai successivement :

A. Les opérations pratiquées dans la lithiasie de l'hépatique;

B. Les opérations pratiquées dans la lithiasie du cholédoque;

C. Je consacrerai ensuite un paragraphe spécial au drainage des voies biliaires ;

D. Enfin, je m'occuperai des anastomoses biliaires.

A. — Lithiasie de l'hépatique.

a) *Le refoulement des calculs de l'hépatique dans l'intestin*, tenté par Elliot en 1894, doit être complètement abandonné. Tous les chirurgiens savent que la situation des calculs dans la portion rétro-duodénale du cholédoque, est la plus mauvaise au point de vue de leur extraction. Il est donc dangereux de pousser dans cette région inaccessible un calcul qui pourra ultérieurement s'y enclaver, et nécessiter une opération, beaucoup plus difficile que l'incision directe de l'hépatique.

b) *L'hépaticolithotripsie*, indiquée par Kocher, n'a été encore que peu employée jusqu'ici. Il faut y avoir recours seulement pour faciliter l'extraction des calculs. Ses avantages et ses inconvénients sont ceux de la

cholédocolithotripsie, que nous étudierons un peu plus loin.

c) Sous le nom de *lithectomies par voie vésiculaire, par voie cholédocienne, ou par voies combinées*, on désigne toutes les interventions qui se proposent d'enlever des calculs de l'hépatique à l'aide d'une incision des voies biliaires, qui porte soit sur la vésicule, soit sur le cholédoque, soit enfin sur les deux à la fois.

La lithectomie par voie cholécystique a été faite par Delagénère, dans l'idée qu'une opération sur les voies accessoires serait moins grave que toute intervention sur les voies principales. Mais l'exécution de cette opération fut difficile : l'auteur fut obligé de sectionner l'éperon cystico-hépatique qui résulte du confluent de ces canaux. Aussi, dans un cas récent, il a préféré recourir à l'hépaticotomie directe.

La voie cholédocienne ne doit pas conserver une place spéciale dans le traitement de la lithiase de l'hépatique, car, s'il s'agit de calculs enclavés dans ce canal, il n'y a aucun avantage à ne pas faire porter directement l'incision à ce niveau. Par contre, dans les cas où il existe en même temps des calculs du cholédoque et où l'on fait une cholédocotomie sus duodénales, on doit évidemment s'efforcer de retirer par cette voie toutes les concrétions qui siègent dans l'hépatique, et ce n'est qu'en cas d'échec qu'on prolongera l'incision sur ce canal. Ce sont là des manœuvres qui sont employées par tous les chirurgiens, et il n'y a pas lieu d'en faire un procédé spécial.

De même, il nous paraît inutile pour faciliter le

refoulement des calculs agglomérés au niveau du confluent de faire la double taille de la vésicule et du cholédoque. Il est beaucoup plus simple d'inciser directement sur les calculs qui remplissent le carrefour.

d) *La taille de l'hépatique*, désignée encore sous le nom d'*hépaticotomie*, a été pratiquée quelquefois par la voie transhépatique. Thornton, dans un cas déjà ancien, ouvrit ainsi, à travers le foie, une cavité remplie de calculs. Mayo Robson, Chapmann, d'après Pantaloni, ont eu également recours à cette voie d'abord.

Mais ordinairement, c'est par la voie sous-hépatique qu'on aborde le canal hépatique. Dans son livre, qui date de 1899, Pantaloni ne connaissait que six cas de cette opération. Delagénère, en 1904, en ajoutait 5 autres, et un an plus tard Tuffier, à la Société de Chirurgie de Paris, en rapportait deux observations personnelles. Kehr, Körte, Czerny, enfin, dans leurs publications récentes, en ont donné aussi de nombreux exemples.

Actuellement, l'hépaticotomie est la meilleure opération par laquelle on puisse aborder l'hépatique. Non seulement, en effet, elle laisse enlever avec beaucoup plus de sûreté les calculs qui s'y trouvent, mais encore elle permet de faire ensuite un drainage beaucoup plus efficace des voies biliaires.

Pour ces deux raisons, elle doit remplacer maintenant toutes les opérations que nous venons de décrire. Nous reviendrons, d'ailleurs, un peu peu plus loin, sur ses avantages en étudiant le drainage direct de l'hépatique.

B. — Lithiase du cholédoque.

A. *Le refoulement des calculs du cholédoque dans le duodénum* est une opération déjà ancienne (1885), mais les résultats n'en ont guère été favorables jusqu'ici. S'il est possible, en effet, de parvenir quelquefois au refoulement pour des concrétions petites et mobiles du cholédoque, plus souvent on se trouve arrêté par un obstacle invincible. De plus, en outre des échecs auxquels elle expose et des manœuvres secondaires qu'elle nécessite, elle risque parfois, comme dans les cas de Terrier et de Bland Sutton, de laisser échapper le calcul en des points d'où il est souvent beaucoup plus difficile de l'extraire que si l'on avait fait une cholédocotomie d'emblée. Aussi, le plus souvent insuffisante, parfois dangereuse, elle ne doit plus être tentée à l'heure actuelle.

B. Il est aujourd'hui classique de désigner sous le nom de *cholédocolithotripsie* le broiement d'un calcul à travers les parois intactes du cholédoque et de réserver le nom de *cholédocolithotritie* au broiement direct des calculs, pratiqué après ouverture de la paroi de ce conduit.

Depuis 1886, date à laquelle Langenbuch y eut recours, la cholédocolithotripsie a été tentée assez souvent : tantôt avec un succès complet, tantôt avec une réussite de broiement, mais résultat fonctionnel nul ; tantôt enfin avec échec de toutes les tentatives d'écrasement.

Ombredanne a récemment recherché tous les cas

où le broiement des calculs du cholédoque avait été essayé ; et des 53 observations qu'il a pu réunir, il conclut que cette opération ne mérite ni l'anathème que lui ont lancé les uns, ni l'absolue confiance que lui avaient vouée quelques autres,

La *cholédocolithotripsie*, dit-il, n'est pas une opération que l'on doive décider de parti délibéré ; il faut partir pour une cholédocotomie, mais songer qu'il est, dans certains cas, une ressource précieuse : la tentative du broiement. Ces cas sont ceux où l'on trouve un calcul de cholédoque isolé, de taille minime ou moyenne, car les gros calculs exigent la trop fréquente répétition des manœuvres de broiement sur les fragments ; les cas où la palpation ne révèle aucun autre calcul en amont : d'où de grandes probabilités pour qu'il n'y ait pas de calculs secondaires ; ce sont ceux où la manœuvre de broiement apparaît comme assez facile, alors que la libération et l'incision directe sont difficiles, pour certains calculs de l'ampoule par exemple ; ce sont ceux où l'on a des raisons de penser que la canalisation hermétique du drainage sera difficile à bien réaliser et qui, de ce chef, se présenteront moins favorables pour le succès d'une cholédocotomie ; ceux encore où le cholédoque peu dilaté paraît avoir des parois robustes et résistantes.

Pour cet auteur, lorsque ces conditions favorables se rencontrent, le broiement du calcul du cholédoque est une manœuvre avantageuse, parce que c'est un procédé simple, bénin, efficace ; mais c'est une manœuvre sur laquelle il ne faut jamais insister. Si la pierre doit se laisser broyer, elle s'écrase sous une

pression prudente des doigts ; l'écrasement instrumental est dangereux et superflu.

J'estime cependant, avec la majorité des chirurgiens, que c'est une méthode aveugle, dont il faut complètement abandonner l'emploi. On n'est jamais sûr que, derrière la pierre unique que l'on écrase, il n'y a pas d'autres petites concrétions qui, au lieu de s'échapper par le drainage direct, pourront devenir ultérieurement l'origine de nouveaux accidents, et le nombre considérable de calculs secondaires qu'on retrouve après l'hépaticus-drainage montre suffisamment que cette objection n'est pas un danger complètement illusoire.

Courvoisier et Mayo Robson ont reproché à ce procédé la possibilité d'une nouvelle conglomération des fragments broyés. Ombredanne dit qu'aucune observation ne permet d'affirmer l'existence de cette complication. Pour ma part, je craindrais plutôt que des débris du calcul morcelé ne restent dans les voies biliaires et surtout dans l'ampoule, et qu'ils ne deviennent ensuite le centre de nouvelles précipitations de cholestérine.

C. *La lithectomie cholédocienne par voie cholécystique* consiste à extraire des calculs du cholédoque par la seule incision de la vésicule. Utilisée pour la première fois par Langenbuch, elle a été suivie depuis par de nombreux chirurgiens : Courvoisier, Routier, Tuffier, Hartmann, etc. Rose et Kühn, surtout, ont contribué à en vulgariser l'emploi et pendant longtemps elle a constitué la seule intervention dirigée contre les calculs du cholédoque. Voici, d'ailleurs, deux observations inédites dans lesquelles ce procédé fut employé :

OBS. I. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard). — Calcul du cholédoque. Refoulement dans la vésicule.¹

Femme de quarante-trois ans. Crises hépatiques il y a cinq ou six ans. Nouvelle crise le 2 juin 1896 avec ictère et décoloration des matières. Par le traitement médical, les douleurs s'amendent un peu, mais l'ictère persiste et les selles restent décolorées,

Elle entre à la clinique de M. Poncet le 9 juillet 1896. Là, on constate les signes énumérés ci-dessus. En outre, point vésiculaire très net, gros foie.

Intervention le 11 juillet 1896 (M. Villard). Laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine, on trouve une vésicule rétractée, entourée de nombreuses adhérences. Dans la profondeur, on sent dans le cholédoque un calcul mobile qu'on peut facilement faire cheminer du bord supérieur du pancréas vers le hile du foie.

On essaye alors d'extérioriser le cholédoque pour l'inciser, mais l'épaisseur des parois abdominales, les adhérences péritonéales empêchent d'y arriver. Heureusement, ce calcul se laisse refouler dans la vésicule. Cholécystostomie. Drainage avec des mèches de gaze. Guérison.

Pas de nouvelles de cette malade.

OBS. II. — (Due à l'obligeance de M. le Dr Delore, chirurgien des hôpitaux). — Lithiase de la vésicule et du cholédoque (calculs ambulants). Cholécystostomie, refoulement des calculs dans la vésicule et extraction. Drain de l'hépatique à travers le cystique dilaté.

M. B..., âgé de soixante-trois ans, nous est adressé par M. le Dr Bouveret avec le diagnostic de lithiase biliaire. Il est malade

¹ M. Villard a bien voulu me communiquer 16 observations de lithiase de cholédoque, mais il se propose de les publier lui-même. Je ne donne ici que deux de ses observations, déjà anciennes, où il eut recours une fois au refoulement dans la vésicule et une autre fois, à la cholédocotomie transpancréatique. Dans tous les autres cas, il a fait l'incision du cholédoque et le drainage de l'hépatique.

depuis dix mois et a eu, au début, des crises de coliques hépatiques. A diverses reprises, l'ictère, du reste passager, apparut ainsi que de la décoloration des matières. Mais le symptôme dominant, ce sont de grands accès fébriles avec frissons, de 41 à 37 degrés et presque quotidiens. L'alimentation est impossible, la cachexie avancée.

Le foie est hypertrophié, douloureux à la pression; il existe une douleur spontanée, accentuée par la pression, au-dessous et à droite de l'appendice xiphoïde. Ce point doit correspondre à la vésicule biliaire. Pouls légèrement arythmique de 80 à 90.

L'opération fut pratiquée, comme dernière chance de salut, par M. Delore le 25 octobre 1907 et l'on s'ingénia à la rendre aussi simple que possible. Elle consista tout d'abord en une laparotomie latérale et verticale droite sur le bord du grand droit, avec petite incision transversale du droit. Le foie apparaît hypertrophié et d'aspect granité. Quant à la vésicule, minuscule et rétractée vers le hile du foie, elle est recouverte par le foie et située profondément. Pour l'aborder, il faut la décoller doucement du duodénum. Le cystique est dilaté. On arrive enfin sur le cholédoque dans lequel on sent plusieurs calculs. La vésicule est alors incisée et l'on peut heureusement, grâce à la dilatation du cholédoque et du cystique, refouler dans la vésicule quatre calculs ayant chacun le volume d'une noisette et d'aspect noirâtre, de consistance dure. Ces calculs extraits, il est facile d'enfoncer à plus de 20 centimètres de profondeur une grosse sonde qui chemine dans le cholédoque. Un long stylet recourbé passe facilement à la même profondeur sans donner de sensation de contact. On termine alors par l'introduction dans la vésicule, le cystique et le cholédoque, d'un long tube non perforé du n° 18 de la filière Charrière. Une mèche est placée à l'orifice de la vésicule, qui ne peut être suturée à la paroi et la plaie est refermée en grande partie.

Les suites furent particulièrement simples et apyrétiques. Le tube fut enlevé seulement au bout de quinze jours. A partir du second jour, il donne issue à une grande quantité de bile et de pus, mélangés de quelques débris lithiasiques. Les selles, déco-

lorées avant l'opération, restèrent décolorées tant que le tube fût en place. Elles sont actuellement normales. Une petite fistulette persista pendant trois mois, puis disparut.

Actuellement, en mai 1908, cet homme a repris ses occupations et jouit d'une santé parfaite, qu'il apprécie d'autant mieux que, longtemps avant les derniers accidents, il était sujet à des troubles digestifs fort pénibles.

Malgré son apparente simplicité et malgré les succès obtenus dans les cas précédents, l'extraction des calculs du cholédoque après leur refoulement dans la vésicule est une méthode qui n'est pas toujours d'une exécution très facile et elle nécessite assez souvent des manœuvres prolongées. Elle a l'inconvénient de ne pas permettre l'exploration complète des voies biliaires, le cathétérisme par la vésicule n'étant que rarement possible ; enfin, elle n'assure qu'un drainage indirect des voies principales, ce qui n'est pas son moindre inconvénient.

Pour toutes ces raisons, il faut, à mon avis, en réserver l'emploi exclusif aux cas où la gravité de l'état général interdit une longue opération. Cette technique, récemment suivie par Delore, lui a donné un beau succès. Mais encore faut-il que le cystique soit suffisamment dilaté et que le refoulement soit facile ; autrement, la cholédocotomie serait beaucoup moins laborieuse. Dans tous les autres cas, c'est à cette dernière opération qu'il faut avoir recours ; nous verrons d'ailleurs qu'elle est beaucoup plus efficace.

Ainsi, pour la lithiase du cholédoque, de même que pour les calculs de l'hépatique, à toutes les méthodes plus ou moins détournées qui ont été proposées pour

faire l'extraction des calculs, il faut actuellement préférer les procédés dans lesquels on fait la taille directe du canal qui est le siège de la lithiase. Ces procédés possèdent seuls, en effet, les trois qualités que doit présenter toute opération pour lithiase :

L'exploration complète des voies biliaires ;

L'ablation complète des calculs ;

Le drainage des voies biliaires.

D) *Cholédocotomies*. — Suivant le siège occupé par les calculs dans le cholédoque on a eu recours, suivant les cas, soit à la cholédocotomie sus-duodénale, soit à la cholédocotomie rétro-duodénale ou rétro-pancréatique, soit enfin à la duodénotomie exploratrice et à la duodénocholédocotomie.

Quelles sont les indications de ces différentes opérations ?

a) La cholédocotomie sus-duodénale s'applique évidemment aux calculs qui siègent dans la portion libre du cholédoque. D'abord exécutée par Kümme1 en 1884, puis pratiquée en France, pour la première fois, par Jaboulay (1891) et par Terrier (1892), c'est une opération qui est aujourd'hui à peu près universellement connue et pratiquée ; on discute seulement sur les facilités qu'elle donne. Certains chirurgiens (Riedel), en introduisant une curette ou une pince à travers les lèvres de l'incision cholédocienne, prétendent avoir toujours réussi à enlever les calculs qui siègent dans la portion profonde du cholédoque ; d'autres, au contraire, s'élèvent contre cette idée et, pour Kehr, dans 10 pour 100 des cas, on serait obligé de recourir à d'autres moyens pour en faire l'ablation.

b) Des deux voies lombaire ou abdominale proposées pour aborder la partie terminale du cholédoque, la première, employée autrefois par Tuffier et par Poirier, est complètement abandonnée aujourd'hui : c'est une voie pleine de dangers, par laquelle l'inspection des voies biliaires est toujours très difficile, et on ne peut guère la conseiller que comme un moyen complémentaire de réaliser le drainage des canaux biliaires au point déclive.

La voie antérieure, au contraire, est adoptée par la majorité des chirurgiens. Elle comporte différents procédés que nous allons successivement étudier :

La voie transpancréatique ;

La voie transduodénale ;

La voie rétro-duodénale, après mobilisation du duodénum.

1° L'incision transpancréatique, recommandée par Terrier, Mac Graw, peut se faire avant ou après le décollement de la première portion du duodénum.

La crainte d'hémorragies, difficilement arrêtées a poussé Vautrin à recommander l'emploi du thermocautère qui, lentement, et pour ainsi dire, à sec, permet de libérer la face antérieure du cholédoque. Mais, même avec ce perfectionnement, la recherche du cholédoque, à travers le tissu glandulaire, reste une manœuvre difficile dans tous les cas où une pierre volumineuse ne fait pas saillir fortement le canal en avant. Voici une observation de Villard, dans laquelle elle fut pratiquée :

Obs. III. — (Duc à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard).
— Obstruction calculeuse du cholédoque. Ictère datant de six mois. Température subfébrile depuis un mois environ. Gros foie. Cholécotomie transpancréatique et cholécystostomie. Drainage du cholédoque et de la vésicule. Mort.

M^{lle} R. M..., trente-huit ans, entre le 22 mars dans le service de M. Villard, où elle est envoyée par le D^r Devic.

Il y a dix ans, en pleine santé, au début d'une première grossesse, elle eut une crise de coliques hépatiques, mais sans ictère. Pendant cinq ans, elle ne présente aucun accident? puis, pendant un an, elle eut une série de troubles gastriques avec douleurs épigastriques et vomissements revenant à peu près tous les jours trois ou quatre heures après les repas. Jamais d'hématémèses.

Un an après, ces crises gastriques font place à des crises plus franchement hépatiques survenant environ tous les trois ou quatre mois et nécessitant parfois l'administration de morphine. Elle n'a jamais eu d'ictère.

En août dernier, pour la première fois, au cours d'une crise elle eut de la jaunisse qui s'est atténuée au bout de quinze jours, sans disparaître complètement. Depuis cette époque, elle n'a pas eu de nouvelles crises; mais, depuis un mois, elle souffre continuellement et l'ictère a augmenté considérablement. A diverses reprises, température de 38 degrés à 38°5. Jamais de calculs dans les selles qui sont décolorées d'une façon intermittente.

A l'examen, il s'agit d'une femme ictérique qui a maigri de 10 kilogrammes environ en un mois. La palpation au-dessous des fausses côtes permet de sentir un foie gros, descendant à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes, douloureux à la percussion. On ne sent rien de particulier du côté de la vésicule. Rien aux autres organes.

Opération le 27 mars 1907 (M. Villard). Incision paramédiane droite. On arrive sur la vésicule qu'on sent bourrée de calculs et qui présente de nombreuses adhérences qu'on est obligé de

sectionner pour explorer les voies profondes. On sent alors une induration au niveau de la portion terminale du cholédoque. Après incision transversale du droit et décollement de la première portion du duodénum, on reconnaît qu'il s'agit d'un calcul rétro-pancréatique. Cholédocotomie transpancréatique sur le calcul. On extrait ainsi trois calculs, dont l'un a le volume d'une noisette. Drainage du cholédoque. Incision de la vésicule, dont on extrait une quinzaine de pierres. Drainage du cholédoque et tamponnement du champ opératoire. Suture de la paroi.

Suites opératoires. — Dès le soir de l'opération, la malade se plaint de douleurs intolérables que la morphine ne peut arriver à calmer. Le lendemain, elle présente une élévation de température à 39 degrés.

Puis, les douleurs persistant, on retire une première mèche dans l'idée que ce sont elles qui exercent probablement une compression pénible au niveau de la région cœliaque. Mais on n'obtient aucune amélioration. Le troisième jour, enfin, on enlève les autres mèches. Mais la malade succombe le soir avec des signes d'infection profonde.

Pas d'autopsie.

2° La voie transduodénale consiste, comme on le sait, à inciser la paroi duodénale antérieure; puis, après avoir repéré la papille, à faire le cathétérisme des voies biliaires et finalement à inciser le cholédoque à travers la paroi postérieure du duodénum.

Pratiquée pour la première fois par Mac-Burney en 1891, elle a été ensuite employée par Kocher, Mayo Robson, Haassler, etc. En 1901, Pantaloni, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, en réunissait vingt-sept observations. Mais, depuis cette époque, de nombreux faits en ont été publiés soit à la clinique de Czerny, soit à celle de Sprengel. Kehr, à

lui seul, en compte actuellement plus de vingt observations. Quénu, enfin, en a publié aussi quelques exemples et il s'en est fait récemment le défenseur à la *Société de chirurgie de Paris*.

Le principal mérite de cette opération serait de permettre une exploration facile de tout l'arbre biliaire, et c'est même là un tel avantage que Zeller a proposé, dans tous les cas où la présence de calculs dans le cholédoque est douteuse, d'ouvrir délibérément le duodénum et de sonder la papille. Kehr, qui le cite, trouve cette proportion très sympathique bien que, ajoute-t-il, la manœuvre aggrave positivement le pronostic opératoire. Mais, pour Quénu, cette dernière appréciation n'est pas prouvée; et il y a peut-être moins de dangers à ouvrir franchement le duodénum et à explorer le cholédoque par l'ampoule de Vater qu'à errer au milieu des adhérences qui parfois fusionnent le canal avec les parties voisines.

Pour moi, je crois avec le professeur Quénu que dans le dernier cas auquel il est fait allusion, et où il existe des adhérences qui rendent tout décollement impossible, c'est à la duodénotomie qu'il faut donner la préférence. De même pour les calculs de l'ampoule de Vater. Mais, lorsqu'il s'agit simplement de calculs enclavés dans la portion profonde du cholédoque et qu'il est impossible de les faire progresser dans la zone directement accessible de ce canal, cette méthode doit certainement céder le pas à la cholédocotomie rétro-duodénale qui a l'avantage de ne pas ouvrir l'intestin. Par le décollement de la deuxième portion du duodénum, premier temps de l'opération, on arrivera à

découvrir les portions rétro-duodénales et rétro-pancréatiques du cholédoque. S'il existe un calcul à ce niveau, il sera parfois possible de le faire remonter jusque dans la portion sus-duodénale du canal, d'où l'on s'occupera ensuite de l'extraire. Mais si l'on préfère, on pourra faire une opération sous-péritonéale. Pour cela, après avoir incisé le cholédoque dans son trajet rétro-duodénal et après avoir fait passer un drain par la région lombaire, on pourra rabattre le duodénum en avant et faire une péritonisation qui fermera complètement le péritoine. Cette technique a été récemment pratiquée par Gross et Sencert, et nous aurons l'occasion d'y revenir dans un instant. J'ajoute seulement que si, après le décollement du duodénum, on reconnaît qu'il s'agit d'un calcul de l'ampoule de Vater, loin d'avoir été une manœuvre inutile, le décollement permettra d'extérioriser le duodénum pour l'inciser. L'observation suivante que je dois à l'obligeance de M. le Dr Lagoutte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot, le montre d'une façon évidente :

Obs. IV. — Lithiase du cholédoque. Calcul de l'ampoule de Vater, Cholécotomie sus-duodénale. Décollement de la deuxième portion du duodénum. Cholécoduodénotomie. Cholécysectomie. Guérison.

M. G..., du Creusot, âgée de trente-sept ans, ne présente aucun antécédent pathologique. Réglée à onze ans, elle s'est mariée à seize ans et a eu un seul enfant à dix-sept ans.

Première crise de coliques hépatiques avec ictère en 1894. Depuis lors, crises à intervalles rapprochés, deux ou trois fois par mois d'abord, puis deux ou trois fois par semaine. De plus en plus douloureuses, elles ne cèdent plus à la morphine. Ictère d'intensité variable, parfois assez marqué, d'autres fois très

léger. Jamais la malade n'a eu de frissons. Son médecin, le Dr Bertrand (du Creusot), qui l'a vue à maintes reprises dans ses crises, l'a toujours trouvée apyrétique.

Je vois la malade pour la première fois le 21 mars 1906, en pleine crise, avec un ictère peu foncé. La région du foie est douloureuse. La paroi abdominale se défend sur une tumeur qui descend à droite jusqu'au niveau de l'ombilic. Amaigrissement.

Elle est amenée le surlendemain, 22 mars, à l'Hôtel-Dieu. La crise est terminée, il y a encore un peu d'ictère. Les urines renferment des pigments biliaires et un peu d'albumine. La tumeur du flanc droit, sentie deux jours avant, a très nettement diminué de volume.

Opération le 27 mars 1906. Anesthésie à l'éther. Incision de Kehr. Le foie, volumineux, est difficile à maintenir récliné en haut. La vésicule apparaît complètement libre, sans aucune adhérence pathologique. D'aspect blanchâtre, de volume moyen, elle est remplie de liquide, mais non distendue et on sent à son intérieur de nombreux calculs. Le doigt explorant l'hiatus de Winslow sent également des calculs dans le cholédoque. La région isolée, la vésicule est ponctionnée; il en sort 100 à 150 grammes de bile épaisse; puis elle est séparée assez facilement, ainsi que le cystique, de la face inférieure du foie. De proche en proche, on arrive au confluent du cystique et de l'hépatique qui ne présentent nullement la disposition d'un canal double en canon de fusil. Une pince est mise en travers sur l'extrémité du cystique, mais la vésicule est conservée provisoirement et sert de tracteur des voies biliaires. A ce moment, on sent de nombreux calculs dans le cholédoque et l'hépatique. Incision de la terminaison du cystique, qui permet de voir nettement l'éperon cystico-hépatique, puis incision de 1 centimètre en bas sous le cholédoque et de 1 centimètre en haut sur l'hépatique. On extrait quinze calculs. L'index pénètre ensuite dans l'hépatique très dilaté, arrive jusqu'à la face inférieure du foie et s'assure qu'il n'existe plus de concrétion de ce côté. En bas du côté du cholédoque, l'index pénètre également, mais on sent le canal se rétrécir à mesure qu'il se rapproche du duodénum.

Avec une sonde à bout olivaire métallique, on sent très nettement un calcul dans la portion rétro-pancréatique du cholédoque. Après le décollement du duodénum, on voit qu'il existe en arrière du cholédoque une épaisseur de tissu pancréatique assez grande; par contre, on sent très bien le calcul à travers la paroi antérieure du duodénum. On renonce alors à la voie rétro-duodénale, mais on utilise le décollement pour insinuer l'index gauche en arrière du pancréas, ce qui me permet d'amener dans la plaie et le calcul et le duodénum qui le coiffe. Rien de plus facile que d'inciser l'intestin verticalement le long de son bord interne, d'arriver sur la papille, de la débrider et d'extraire un calcul du volume d'un très gros pois. L'intestin est refermé par un double plan de sutures et le péritoine postérieur réparé.

Enfin, résection en bloc de la vésicule et du cystique suivie de la suture des bords de la gouttière hépatique. Un drain n° 25 est introduit aussi loin que possible dans l'hépatique. Quelques mèches de gaze isolent le tube, drainent l'espace sous-hépatique et ressortent avec lui par la partie moyenne de la plaie. Fermeture de la paroi avec un seul plan de sutures métalliques.

Suites des plus simples. Issue par le drain de 200 grammes de bile pendant les premières vingt-quatre heures, puis peu à peu de la même quantité les jours suivants. Température normale, sauf une élévation à 38°5, à partir du troisième jour, due à une angine intercurrente.

Ablation des mèches les troisième et quatrième jours et du drain le dixième jour. Deux jours après, la fistule biliaire était tarie. La malade quitte l'Hôtel-Dieu le 20 avril complètement guérie.

Elle est actuellement dans un état de santé excellent (juin 1908).

3° *Voie rétro-duodénale.* — L'idée de mobiliser la seconde portion du duodénum pour aborder sa face postérieure remonte à la thèse de Jourdan (1895).

En 1889, Wiart compléta les recherches de cet auteur

et décrit très minutieusement le manuel opératoire de la cholédocotomie rétro-pancréatique. Quatre ans plus tard, Lorenz, de Vienne (*Cent. f. Chir.*), eut l'idée d'appliquer à la thérapeutique de la lithiase rétro-duodénale le décollement du duodénum, tel que Kocher l'avait fait dans la gastro-duodénostomie. Enfin de nouvelles observations ont été rapportées à l'étranger, par Berg, de Quervain, Kraske, Payr, Kehr, et en France, par Sencert. A Lyon, la question a été récemment étudiée dans la thèse de Colleye, écrite sous l'inspiration de Leriche.

Les avantages de cette méthode, ainsi que le fait remarquer Sencert, consistent surtout dans sa simplicité, dans sa facilité d'exécution (dans les cas du moins où la région sous-hépatique n'est pas modifiée par des néoformations péritonéales en rapport avec l'inflammation calculeuse), dans la réalisation d'une opération pour ainsi dire extra-péritonéale, avec un drainage lombaire sous-péritonéal, et une péritonisation en tout comparable à la péritonisation que nous sommes habitués à faire dans le petit bassin.

Dans le parallèle que j'ai fait plus haut de la voie transduodénale et de la voie rétroduodénale, j'ai suffisamment insisté, je crois, sur les avantages de ce dernier procédé. J'ajoute seulement qu'après avoir été partisan résolu de la première opération, Kehr donne actuellement la préférence au décollement du duodénum et à la cholédocotomie rétro-pancréatique (1908).

Quant à la technique spéciale indiquée par Sencert, pour fermer complètement l'abdomen et réaliser un drainage sous-péritonéal après péritonisation complète

de la région opératoire, elle a été encore peu employée jusqu'ici, mais elle mérite d'être prise en considération. Nous connaissons trop les avantages de l'exclusion du petit bassin et de la péritonisation du pelvis dans les opérations gynécologiques, pour ne pas être tentés d'appliquer les mêmes principes au niveau de l'hypocondre, et je crois que c'est dans ce sens qu'il faut actuellement multiplier les recherches.

C. — Drainage des voies biliaires.

Les premiers chirurgiens qui, après Kümmel (1884), Riedel, (1888) et Thornton (1889), firent la taille cholédocienne, s'efforcèrent de réaliser une cholédocotomie idéale, en suturant le canal incisé. Mais, des accidents graves démontrèrent bientôt le danger de cette suture. On vit souvent apparaître, après l'opération, une péritonite mortelle due à l'insuffisance des sutures et à l'écoulement d'une bile septique dans l'abdomen; dans d'autres cas, on vit persister les accidents infectieux pour lesquels on était intervenu et dans plus d'un cas, le malade succomba à cette infection. Enfin, on remarqua bientôt que les opérés chez lesquels le chirurgien avait dû laisser le cholédoque ouvert, à cause de l'impossibilité matérielle d'exécuter la suture, guérissaient très simplement et très rapidement, après avoir eu, par la plaie drainée, un écoulement de bile qui ne persistait pas au delà de deux à trois semaines. De même, on ne mit pas longtemps à s'apercevoir que dans ce cas, les résultats éloignés étaient exactement bien meilleurs qu'après les cholédocotomies avec suture.

Quénu, dans un mémoire important, présenté à la Société de chirurgie le 1^{er} décembre 1897, s'est fait le défenseur du drainage après la cholédocotomie ; c'est à lui que revient le mérite d'avoir mis nettement en relief la valeur du drainage et les inconvénients de la suture et d'avoir recommandé le drainage systématique du cholédoque, alors même que la suture est possible.

Les avantages de la suture, comme il le disait à cette époque, sont certains. Lorsque les voies biliaires sont libres et que l'infection est peu marquée, la bile reprend immédiatement son cours normal ; la guérison est obtenue rapidement sans formation de fistule et sans production d'adhérences. Mais, malheureusement, ses inconvénients sont nombreux.

Tout d'abord, elle est souvent impossible, soit parce que le cholédoque est profondément situé, au milieu d'adhérences qu'il a fallu détacher, soit parce que ses parois sont friables, et que les fils qu'on y place coupent la paroi dès qu'on essaie de les nouer. La suture est une manœuvre délicate qui augmente la durée de l'opération : fait important chez des malades affaiblis, peu résistants. Elle détermine souvent, comme on le sait, une véritable poussée d'angiocholite aiguë, pour l'explication de laquelle on peut invoquer soit une poussée de cholédocite consécutive à l'opération, soit encore la coagulation dans le canal d'une petite quantité de sang émanée de la plaie cholédocienne, soit enfin un calcul oublié dans les voies biliaires ou bien encore un amas de boue biliaire venue du foie. D'ailleurs, lorsque la suture a été faite, il est fréquent de voir quelques jours après l'opération, un suintement

de liquide se faire à son niveau ; parfois même, les fils cèdent et on a un véritable écoulement de bile. Le fait est sans gravité si l'on a fait un drainage au voisinage du canal : la fistule se ferme rapidement. Mais si l'on n'avait pas fait de drainage ou de tamponnement et que la bile fût septique, on pourrait voir se développer une péritonite grave.

Dans la cholédocotomie sans suture, au contraire, l'opération est très rapide : l'écoulement de bile par la plaie met à l'abri de tous les accidents d'obstruction post-opératoire du cholédoque que nous avons signalés ; la désintoxication du malade est très rapide ; le maintien de l'ouverture du cholédoque permet l'élimination ultérieure de petits calculs restés dans les canaux biliaires ; la guérison enfin n'est aucunement retardée ; car lorsque le segment sous-jacent du canal est perméable, la plaie du cholédoque ne met guère plus de trois semaines pour se fermer.

Pour toutes ces raisons, Quénu, dès 1897, regardait la cholédocotomie sans suture comme l'opération de choix. Reprenant, en juin 1903, à la Société de chirurgie, son plaidoyer en faveur de cette conduite opératoire, il montrait que c'est une intervention bénigne, puisque sur dix interventions personnelles, il avait obtenu dix guérisons.

En Allemagne, Kehr s'est également fait une règle, après toute intervention sur le cholédoque, de pratiquer un drainage total de la bile, par une sonde enfoncée dans le cholédoque jusque dans l'hépatique. Après avoir pratiqué la suture dans ses premières cholédocotomies il arriva peu à peu à s'apercevoir des avantages d'un

drainage, auquel il associe habituellement un large temponnement de toute la région sous-hépatique.

Cette méthode vraiment personnelle et décrite généralement sous le nom d'hépaticus-drainage a été récemment exposée par Berger dans les *Archives de Langenbeck* ; Lejars a contribué pour une large part à lui donner le droit de cité parmi nous et dans de nombreuses communications à la Société de chirurgie de Paris, ou dans la thèse de son élève Guénou, il s'est appliqué à en faire ressortir les avantages. Depuis, de nombreux chirurgiens y ont eu recours, parmi lesquels il convient surtout de citer Terrier, Hartmann, Gosset, etc.

A Lyon, la majorité des auteurs ont abandonné la suture. Le drainage de l'hépatique a déjà été pratiqué dans plusieurs circonstances par Bérard, Delore, Durand, Jaboulay, Tixier et Villard. Dans d'autres cas, à l'exemple de Quénu, on s'est souvent contenté de mettre un drain et une mèche au contact de l'incision cholédocienne.

Les avantages de ce drainage direct de l'hépatique seraient, pour Kehr, de guérir l'infection des voies biliaires et d'enlever les calculs qui peuvent y rester après l'opération. Dans les cas d'infection grave des canaux biliaires et du foie, la bile qui s'écoule après l'ouverture du cholédoque est épaisse, remplie de flocons muqueux et purulents, souvent d'odeur fétide, toujours infectée et septique. Il est évident qu'il est indispensable d'évacuer au dehors cette bile infectée, ainsi que celle qui sera sécrétée les jours suivants. Si l'on suture le cholédoque, l'écoulement de cette « boue

biliaire » ne se fera pas ou se fera mal ; elle réinfectera au passage les parois du canal, d'où des accidents variables suivant l'étanchéité plus ou moins complète des mèches placées au contact de la suture cholédocienne.

Dans les cas d'infection légère des voies biliaires, sans angiocholite, l'hépatique-drainage agit de la même façon ; de plus, en permettant l'extraction de calculs oubliés, il supprime la cause d'une infection récidivante et persistante.

Enfin, dans les cas mêmes où la bile paraît normale, il faut encore drainer l'hépatique. Souvent, en effet, cette bile claire, fluide, que renferme le canal est infectée ; et l'examen bactériologique y démontre l'existence de nombreux germes.

Le drainage de l'hépatique constitue donc le seul moyen de se mettre à l'abri des accidents infectieux qui accompagnent la lithiase. De même, il est seul capable d'assurer l'expulsion secondaire des calculs qui peuvent rester dans les voies biliaires après l'opération et nous verrons tout à l'heure que le nombre des récidives chez les opérés de lithiase cholédocienne est devenu beaucoup moins élevé depuis qu'on l'emploie davantage.

Malgré ces avantages incontestables, le drainage de l'hépatique a suscité de nombreuses discussions et pour quelques chirurgiens, il importe de préciser encore les conditions dans lesquelles on doit faire la suture.

Ainsi, en Allemagne, Riedel s'est fait le défenseur de la suture, et se plaçant à un point de vue qui me paraît un peu théorique il admet que lorsqu'il n'y a pas d'infection, on peut suturer le

cholédoque, et fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage ni tamponnement. Lorsqu'il y a seulement une infection légère, sa technique consiste à suturer le cholédoque et à faire une cholécystostomie. Si la vésicule est très rétractée, ou communique avec l'intestin, il l'enlève complètement et fait le drainage de l'hépatique. Il réserve enfin cette méthode aux cas où il craint d'avoir laissé des calculs dans l'hépatique, ou bien à ceux dans lesquels il existe une infection grave des voies biliaires. De même, Körte, Israël, Lindner sont partisans de la suture, lorsqu'il n'y a pas d'infection. Garré suture le cholédoque dans la majorité des cas et met une mèche à son contact lorsqu'il n'est pas sûr de son étanchéité. Löbker, au contraire, Poppert, Ewald, Czerny drainent actuellement le cholédoque dans tous les cas.

En Angleterre, Mayo-Robson a fait pendant longtemps la suture. Actuellement, il fait le drainage toutes les fois qu'il y a un ou plusieurs calculs dans le canal commun ou dans l'hépatique. S'il y a infection, et surtout si la tête du pancréas est hypertrophiée, il fait le drainage étanche du cholédoque, en introduisant le drain jusque dans l'hépatique. En général, il met un deuxième drain dans la vésicule.

Les chirurgiens américains sont, en général, très partisans du drainage. W.-J. Mayo draine par le cholédoque lorsqu'il a dû inciser le canal pour extraire des calculs. Sans cela, il préfère drainer le moignon du cystique, et lorsque les canaux profonds sont dilatés, il pousse son drain jusque dans l'hépatique.

Au 55^e Congrès de chirurgie (1904) Mac Laren, dans un rapport sur les calculs du cholédoque, recommande de faire toujours le drainage. Il introduit un drain dans le cholédoque, qu'il suture en bourse tout autour, puis il met un deuxième drain soit dans la vésicule, soit dans le moignon du cystique. Le drain du cholédoque est enlevé aussitôt que le catgut qui le fixe s'est résorbé ; on laisse le drain de la vésicule jusqu'à ce que la bile soit stérile.

Richardson est convaincu de la nécessité de drainer pendant deux ou trois semaines, après les opérations sur les voies

biliaires; mais il draine surtout par la vésicule ou par le moignon cystique. Williams fait ressortir la mortalité beaucoup moins grande, après le drainage (18.75 pour 100) qu'après la suture des voies biliaires (45 pour 100). Bryant est partisan du double drainage par le cholédoque et par la vésicule. Bloodgood préfère le drainage par la vésicule. Tienhaus recommande le drainage du cholédoque, après tous les cas de cholédocotomie sus-duodénale ou rétroduodénale.

En France, la grande majorité des chirurgiens, à l'exemple de Quénu, ne suturent pas le cholédoque, après une intervention sur ce canal. Quelques-uns cependant restent partisans de la suture, dans des cas déterminés, tandis que M. Quénu la rejette dans tous les cas.

Ainsi, pour Michaux, il faut faire la suture, toutes les fois qu'elle est possible, et qu'on ne risque pas de trop augmenter l'intensité du choc ou la durée de l'opération. Pour Legueu, elle est indiquée, lorsqu'elle est d'une réalisation facile, et que la perméabilité du cholédoque ne fait aucun doute, mais il faut au préalable assurer le drainage vésiculaire par une cholécystostomie. Schwartz pense que la cholédocotomie sans suture ne doit pas être faite d'une façon systématique. « Il est des cas, dit-il dans son livre sur la chirurgie du foie, où le cholédoque est facilement accessible et suturable chez des malades peu infectés, où la suture avec drainage donne une guérison très rapide, sans faire courir de risques à l'opéré. Par contre, nous serons partisans de la non suture avec drainage et épiplooplastie quand elle sera possible, toutes les fois qu'il y aura doute sur la solidité, la résistance des parois du canal, toutes les fois qu'il y aura des difficultés assez grandes pour y accéder, toutes les fois encore qu'il y aura eu des signes d'angiocholite sérieuse. Lorsque l'opéré est affaibli et qu'il y a lieu de terminer rapidement l'opération la cholédocotomie sans suture sera encore de mise. »

Hartmann ne suture jamais le cholédoque. Il place un gros drain au contact de l'incision du canal, entre la face inférieure du foie et le mésocôlon transverse, limitant le foyer latéralement avec deux mèches. Il enlève les mèches le quatrième jour, le

drain le dixième ; la fistule biliaire se ferme spontanément en trois à six semaines. De même Routier, Ricard, ne font jamais la suture du cholédoque ; ils se contentent également de placer un drain au contact de l'incision du canal.

Tuffier pense qu'il y a des cas, rares à la vérité, où la suture est possible. Ce sont ceux où le cholédoque est sous le doigt, bien abordable, souple, avec un calcul arrondi, sans trace des lésions scléreuses qui indiquent souvent un rétrécissement inflammatoire chronique des voies biliaires inférieures. Dans les cas où il y a à la fois calculs de la vésicule et du cholédoque, il recommande une double taille, suivie d'un double drainage.

Terrier, Lejars, enfin, estiment que les conditions qu'exige la suture sont trop rarement réalisées pour qu'on puisse voir là autre chose qu'un procédé occasionnel et d'exception, et à l'exemple de Quénu, ils ne suturent plus l'incision cholédocienne. Depuis quatre ou cinq ans même, ils pratiquent toujours le drainage de l'hépatique.

En résumé, après la cholédocotomie, plusieurs méthodes s'offrent à nous pour réaliser le drainage des voies biliaires. Un grand nombre de chirurgiens, à l'exemple de Quénu, se contentent de placer un drain et des mèches au contact de l'incision cholédocienne.

D'autres, préconisent la suture du cholédoque et le drainage par la vésicule abouchée à la paroi. On réalise ainsi une véritable soupape de sûreté, qui empêche que la bile ne s'accumule sous pression dans le cholédoque et ne fasse sauter la suture. Quelques-uns recommandent le double drainage par l'incision du cholédoque et par la vésicule. D'autres enfin ont recours à l'opération de Kehr et, après avoir enlevé la vésicule, ils enfoncent un drain jusque dans l'hépatique.

Auquel de ces procédés doit-on donner la préférence?

Le drainage par les voies biliaires accessoires seules est souvent impossible, presque toujours insuffisant et rarement utile.

Impossible, en effet, lorsqu'il s'agit d'une vésicule rétractée, épaissie, adhérente ou bien que ses parois infectées sont ulcérées ou communiquent avec l'intestin. Dans tous ces cas la cholécystectomie s'impose. Nous en avons déjà vu les raisons dans notre étude de la lithiase vésiculaire.

Lorsque la vésicule et le cystique sont peu modifiés, le drainage est possible, mais il est souvent insuffisant et l'existence d'un rétrécissement du cystique peut le rendre tout à fait illusoire. Dans les cas enfin où la vésicule et le cystique largement perméables paraissent suffire au drainage des voies biliaires principales, il n'y a aucun avantage à préférer cette méthode au drainage direct par le cholédoque. Sans parler ici des accidents ultérieurs qui peuvent être le fait de la cholécystectomie du côté du cholédoque même, la suture qu'on a eu parfois beaucoup de peine à réaliser est le plus souvent insuffisante; c'est même un accident tellement fréquent que pas un chirurgien, je crois, n'oserait actuellement suturer ce canal sans mettre une mèche à son contact. Or, nous savons ce que donnent toutes les sutures intestinales ou gastriques qui sont mises dans de semblables conditions. Une fistule secondaire est l'aboutissant fatal de cette mesure de précaution; on aurait donc eu meilleur compte à ne pas faire la suture. Bien plus, en mettant les choses au mieux, et en admettant que la plaie cholédocienne se réunisse

par première intention, au lieu d'abrégé les suites opératoires, on se trouve de les allonger beaucoup plus. Les chirurgiens, en effet, qui ont pratiqué le double drainage du cholédoque et de la vésicule ont toujours noté la persistance de la fistule vésiculaire longtemps après que celle du cholédoque s'était fermée.

Pour toutes ces raisons, le drainage par la vésicule dans la lithiase des voies principales doit être rejeté. La vésicule et le cystique doivent être enlevés dans tous les cas où il n'y a pas au niveau du cholédoque un obstacle définitif qui nécessite l'établissement d'une anastomose des voies biliaires avec l'intestin.

Reste à savoir comment il faut réaliser le drainage du cholédoque. Il semble bien que, malgré les critiques d'Haasler, la présence d'un tube dans l'hépatique n'ait aucune suite fâcheuse. Si l'on a soin de choisir un drain pas trop volumineux qui ne détermine aucune pression sur les parois de l'hépatique on n'aura ni nécrose de la paroi, ni ulcération. Ce sont là des accidents théoriques qui n'ont jamais été relevés en pratique. Il est certainement bien plus avantageux de recueillir la bile infectée dans un drain et de la conduire par ce moyen directement au dehors de l'abdomen en évitant qu'elle se répande constamment dans le champ opératoire. Aussi j'estime qu'il ne faut se contenter du drain ou des mèches para-cholédociennes que dans les cas où l'étroitesse du canal met un obstacle à l'introduction d'un tube de caoutchouc ou d'une sonde de Nélaton dans sa lumière.

D. — Anastomoses biliaires et Cholangiostomie.

1° *Anastomoses biliaires.* — Dans un certain nombre de cas, les chirurgiens qui sont intervenus dans l'obstruction calculeuse du cholédoque ne se sont pas directement adressés à la cause de la rétention biliaire ; ils ont préféré rétablir le cours de la bile en créant un aboutement des voies biliaires accessoires ou principales dans le tube digestif ; ils ont créé une fistule artificielle entre le tube digestif et les voies biliaires.

La plus courante de ces entérostomies biliaires est certainement la cholécystentérostomie. Mais on a eu également recours à la cholécystogastrostomie, à la cholédoco-ou à l'hépatico-entérostomie.

A. La *cholécystentérostomie* a été employée par Körte, Baer, Mayo, Czerny, etc. Dans un travail récent, von Bardeleben déclare la préférer à la cholédocotomie dans les cas où il s'agit de calculs enclavés derrière le duodénum, avec une infection profonde des voies biliaires et un état général mauvais. Mais cette conduite n'est pas acceptée par les autres chirurgiens.

Nous savons aujourd'hui que les stomies viscérales constituent un drainage bien inférieur à celui que réalisent les fistules cutanées. De plus, la cholécystentérostomie, en laissant en place l'obstacle à l'écoulement de la bile, expose le malade à une récurrence de nouveaux accidents inflammatoires. Enfin, je ne crois pas que l'établissement d'une fistule entre la vésicule et l'intestin, même dans les cas où elle se présente bien, soit une opération beaucoup plus rapide que la cholédocotomie.

Pour tous ces motifs, j'estime donc que le drainage direct du cholédoque est bien préférable à la cholécystentérostomie.

B. D'autres chirurgiens donnent la préférence à la cholécystogastrostomie, mais elle est passible des mêmes reproches que la cholécystentérostomie.

C. Enfin, lorsque les voies biliaires accessoires sont inutilisables, on a eu recours à des procédés de nécessité tels que la cholédoço-entérostomie (de Riedel) à l'hépatico-gastrostomie ou à l'hépatico-duodénostomie. Ce sont là des interventions dont il faut réserver l'emploi aux cas où il existe un rétrécissement des voies biliaires qu'il est impossible de supprimer. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir un peu plus loin.

2° *Cholangiostomie. Hépatostomie.* — Dans quelques cas, où le foie augmenté de volume occupe l'hypocondre et le flanc, et où la région sous-hépatique est englobée dans une zone d'adhérences telles qu'il est impossible de reconnaître où sont les voies biliaires, on a proposé de faire porter l'incision directement sur le parenchyme hépatique. Cette méthode employée par Langenbuch et par Scheuer dans des cas où il n'est pas prouvé d'ailleurs qu'il se soit agi d'angiocholite calculeuse a été défendue ensuite par Hirschberg, en 1901, par Cahen, par Davis et par Haasler en 1904.

La technique générale conseillée par ces auteurs, consiste essentiellement à faire dans le parenchyme hépatique une ponction avec un trocart mousse, de la grosseur du doigt, à une profondeur de 10 centimètres

environ, puis à combler le tunnel ainsi créé par un drain entouré de mèches et à dériver à l'extérieur la bile qui s'écoule des voies biliaires intra-hépatiques.

Les recherches récentes d'Haasler sur l'animal et le cadavre ont montré qu'il existe constamment dans le lobe gauche du foie, à la périphérie, sous la face convexe, de larges canaux biliaires. C'est à ce niveau qu'il faudrait faire la ponction. Pour cet auteur, en ouvrant en même temps le canal hépatique à sa sortie du foie et en plaçant un drain, on pourrait ainsi faire passer dans une partie des voies biliaires intra-hépatiques, des solutions antiseptiques ou médicamenteuses et réaliser un véritable lavage trans-hépatique, dans le sens du cours normal de la bile. Mais ce procédé n'a pas encore été employé, du moins sur le vivant.

En somme, il s'agit là d'un procédé d'urgence et de nécessité qui est seulement applicable dans les cas où l'état général grave du malade nécessite une opération rapide et où l'existence d'adhérences rend toute tentative de drainage par la vésicule ou par l'hépatique absolument impossible. Mais il va sans dire, que c'est un pis aller thérapeutique et, si le malade survit, il faudra faire au plus tôt la cholédocotomie et rétablir la perméabilité des voies biliaires obstruées.

3. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS

Les quelques considérations que je viens de développer sur les avantages ou les inconvénients de tel ou tel procédé, ne sont pas de simples arguments pure-

ment théoriques et, il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil rapide sur les résultats obtenus par différents chirurgiens.

Körte dans 3 cas de lithiasé du cholédoque où il ne fit que la simple cholécystostomie fut obligé trois fois d'avoir recours à une opération secondaire; dans 6 cas, où il fit une simple cholédocotomie sans intervenir sur la vésicule, il eut 2 morts opératoires et sur les 4 survivants il compte 1 récédive. Dans 7 cholédocotomies avec suture et cholécystostomies, nous trouvons un mort et une récédive. Dans 45 drainages du cholédoque avec cholécystectomie, il y a 3 morts et 1 récédive.

Braman, sur 3 cas de calculs du cholédoque extraits par la vésicule, note récédive; sur trois autres faits de calculs, refoulés dans le duodénum, il en a observé deux.

Kümmel sur 4 cas de calculs retirés par une simple cholécystostomie compte 1 récédive.

Kehr dit que sa proportion de récédives est tombée de 15 à 2 pour 100 depuis qu'il fait le drainage de l'hépatique.

Sur 25 cholédocotomies avec suture et cholécystostomie, Garré note 3 récédives et dans 3 autres cas, il fut obligé de faire une opération secondaire par suite de la persistance d'accidents divers.

Je pourrais encore citer ici les résultats de bien d'autres chirurgiens; je m'arrête là, de même que je signale seulement les cas où le retour des accidents relevait de l'existence d'un calcul sans faire intervenir les nombreux cas où la récédive des accidents dépend

uniquement de la production d'adhérences. J'ai réuni à la fin de ma thèse un grand nombre de statistiques, dans lesquelles les résultats immédiats ou éloignés de ces différentes interventions sont minutieusement étudiés. Je n'insiste pas davantage ici, mais je ne saurais trop engager le lecteur à vouloir bien les lire avec attention, car il en retirera j'en suis sûr, la conviction que la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique est la meilleure opération qui puisse être pratiquée dans la lithiase du cholédoque. Elle seule réalise le mieux les trois conditions que doit remplir toute intervention dirigée contre la lithiase du cholédoque : l'exploration complète des voies biliaires, l'ablation de tous les calculs et le drainage direct des canaux de la bile.

Est-ce à dire pour cela, que dans toutes les formes de la lithiase du cholédoque, c'est à cette opération qu'on doit donner la préférence ? Il suffit de se rappeler les différents aspects cliniques sous lesquels se présentent les calculs du cholédoque pour voir les inconvénients de cette généralisation.

Dans l'occlusion des voies principales qui s'accompagne de signes d'angiocholite grave, la cholécystectomie et le drainage de l'hépatique constituent certainement le meilleur procédé ; mais cette opération n'est malheureusement pas toujours possible et l'état général du malade impose quelquefois l'obligation de se contenter du double drainage de la vésicule et du cholédoque ou même de la seule cholécystostomie. Kehr prétend que c'est à cette dernière intervention qu'il faut donner la préférence, car la cholédocotomie

avec drainage pourrait, à son avis, produire l'infection de la cavité péritonéale.

Pour moi, je ne crois pas que cet argument puisse entrer en ligne de compte. Avec une bonne technique et une protection du péritoine suffisante, il est toujours facile d'éviter un accident de ce genre, et je pense que la gravité de l'état général et les difficultés opératoires sont les seules contre-indications de l'opération radicale. Il est des malades chez lesquels la cholécystectomie et le drainage du cholédoque constituent une opération qui présente plus de gravité que de chances de succès. Il faut donc, dans ce cas, savoir se contenter d'une cholédocotomie et d'une cholécystostomie, ou même d'une simple cholécystostomie : il sera toujours temps, lorsque les phénomènes aigus se seront apaisés, de faire une opération plus complète et de parer aux accidents de l'avenir.

Dans les formes chroniques de l'occlusion du cholédoque, la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique reprend au contraire tous ses avantages et c'est à elle qu'il faut donner la préférence. Le refoulement des calculs dans le duodénum ou dans la vésicule sont des méthodes trop aléatoires et trop incertaines pour qu'on puisse y avoir recours. De même la cholédoco- ou l'hépatico-lithotripsie ne doivent être employées qu'après incision du cholédoque, et seulement pour faciliter l'extraction des calculs enclavés qu'il est impossible d'amener jusqu'au contact de l'incision cholédocienne. Les lésions vésiculaires, qui existent d'ailleurs dans la grande majorité des cas, en rendent le drainage insuffisant et nécessitent son ablation.

D. — Observations.

Obs. V. — (Clinique de M. le professeur A. Poncet). — Cholécyстите calculieuse et angiocholite. Cholécystectomie et drainage de l'hépatique (M. Delore). Guérison.

Homme âgé de quarante-six ans, adressé par M. le Dr Bouveret, dit qu'il est malade depuis plus de quinze ans. Il a commencé par avoir des troubles digestifs, des pesanteurs après le repas qualifiés de gastrite. Depuis dix ans, il aurait eu, à diverses reprises, des crises de colique hépatique, avec ictère consécutif et vomissements.

Depuis janvier 1908, les crises sont devenues subintrantes, les vomissements plus fréquents, l'ictère est variable. Le malade a beaucoup maigri, sa température est restée à peu près normale.

On constate simplement de l'ictère, avec amaigrissement et perte des forces, et une douleur sur le bord externe du grand droit près des fausses côtes droites.

Le 29 mai 1908, M. Delore fait une incision en baïonnette de Kehr. On tombe sur une vésicule biliaire augmentée de volume, et recouverte de tous côtés par des adhérences au foie, à l'épiploon, au côlon transverse et surtout à la première portion du duodénum. Dans la profondeur on sent des calculs, mais on ne sait s'ils sont dans le cholédoque ou le bassinnet.

La cholécystectomie est faite par voie sous-séreuse, de la façon classique. Il y a dans la vésicule, et surtout dans le bassinnet 60 à 80 calculs noirâtres, petits ou gros, et beaucoup de boue biliaire. Les parois vésiculaires sont peu épaisses.

Le cystique est incisé jusqu'au cholédoque toujours en décollant le canal cystique ; il est très dilaté et épaissi ; on y peut introduire presque le petit doigt. Dans le cholédoque, boue biliaire et deux ou trois calculs très petits, faciles à expulser par expression. Un drain, calibre 20, filière Charrière, est mis et fixé dans l'hépatique avec une suture de catgut. Puis la cavité de cholé-

cystectomie est marsupialisée par suture des lèvres avec le péritoine pariétal; le péritoine est suturé; enfin la plaie de laparotomie est fermée au-dessous du drainage. Dans la cavité sous-séreuse marsupialisée, avec le drain de l'hépatique, il y a deux petites mèches. L'hémostase a été très soignée. La durée de l'opération a été d'une heure.

Le 9 juin, la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le drain hépatique a été enlevé le 7 juin, et remplacé par deux petits drains. Alimentation, selles normales et régulière. Ictère disparu.

La bile passe en très petite quantité par les drains.

Guérison.

OBS. VI. — (Clinique de M. le Prof. Poncet). — Calculs du cholédoque. Cholécystostomie d'urgence (M. Delore). Mort au bout de 15 jours.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui ressentit, il y a six mois, des douleurs dans la région hépatique.

Il y a trois mois, elle a présenté des signes d'obstruction intestinale qui cédèrent, au bout de six jours, à de grands lavements qui ramenèrent plusieurs calculs biliaires. Elle fut soulagée. Il y a deux mois, coliques hépatiques suivies d'un ictère progressif.

Actuellement, ictère foncé, pouls à 130, petit et filant, température de 39 degrés, urines rares, gros foie, vésicule augmentée de volume.

M. Delore, tout en faisant le diagnostic de calculs du cholédoque, ne jugea pas prudent, en raison de l'état général, de pratiquer une cholédocotomie et fit d'emblée une cholécystostomie, le 28 juillet 1902. Celle-ci permit de retirer douze à quinze cailloux à facettes, logés dans le bassin. La vésicule contenait de la bile. Les tuniques paraissaient à peu près saines.

Mort quinze jours après.

Obs. VII (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard). —
Calculs du cholédoque. Cholécystectomie ; drainage de l'hépatique.

M^{me} P..., soixante-deux ans, de Publy (Jura), est envoyée, au mois de juillet 1906, au D^r Bérard, pour un ictère chronique datant du mois de février.

Il s'agit d'une femme obèse, arthritique depuis dix-huit mois, elle éprouve de vagues douleurs épigastriques et dorsales. L'ictère est apparu sans colique et elle n'a eu qu'une seule crise douloureuse au mois de juin dernier. A la suite de celle-ci, d'ailleurs, l'ictère diminue un peu.

Depuis trois mois, la malade se plaint d'anorexie; elle a du dégoût surtout pour les matières grasses; prurit considérable. Les urines acajou sont abondantes; elles renferment encore 23 grammes d'urée par litre; glycosurie alimentaire, pas d'albumine. Les matières sont décolorées et fétides. Amaigrissement de 10 kilogrammes en six mois, mais pas de cachexie.

A l'examen, le foie est plutôt petit; la palpation révèle une douleur très nette au niveau de la vésicule. On ne sent ni masse indurée, ni ascite; rien à l'estomac ou à l'intestin.

En présence des symptômes, on fait le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque et on décide l'intervention.

9 juillet 1906. — Intervention (M. Bérard).

Laparotomie en position un peu relevée avec coussin sous le dos. Incision de Kehr.

La face supérieure du foie paraît ardoisée avec des taches noirâtres. La vésicule, sclérosée, est enfouie sous des adhérences, très rétractée, difficile à retrouver. Elle est finalement reconnue grâce à la présence d'un calcul mûriforme de la grosseur d'une petite prune, sur lequel elle se moule complètement. Le calcul enlevé, on tire sur la vésicule avec une pince de Museux et on fait basculer le foie de façon à présenter en avant sa face inférieure.

On libère les adhérences qui entourent la vésicule et on arrive ainsi péniblement sur le cholédoque, qui présente un point

induré, immédiatement au-dessous et en arrière du duodénum, dont la deuxième portion est décollée. Le calcul, enclavé complètement dans le cholédoque, est d'abord impossible à mobiliser ; puis une incision faite en amont et conduite jusque sur lui le dégage peu à peu et permet d'extraire un gros calcul arrondi, noirâtre, enrobé dans de la boue biliaire.

Ablation du moignon vésiculaire. L'exploration ne révèle pas d'autre calcul. Drainage de Kehr.

Dès l'après-midi, écoulement d'un quart de litre de bile noirâtre avec de la boue biliaire, en même temps qu'une assez grande quantité de bile passe dans le pansement. Mèches laissées en place douze jours.

La fistule persiste encore un mois et demi, très réduite. A ce moment, la malade rentre chez elle, exactement deux mois après l'intervention. La fistule se tarit, mais l'alimentation doit être reprise avec précaution, car la malade conserve de l'asthénie avec, de temps à autre, quelques douleurs et quelques poussées de subictère.

OBS. VIII (due à l'obligeance de M. le Dr Bérard). — Lithiase biliaire. Calculs de la vésicule, du cystique, de l'hépatique et du cholédoque. Opération de Kehr : cholécystectomie, hépaticotomie, cholédocotomie avec drainage de l'hépatique. Guérison en quarante jours. (Malade présentée par M. Laurent, interne des Hôpitaux, à la Société de Chirurgie de Lyon, le 8 février 1908.)

Femme de trente-cinq ans, ayant eu deux crises de coliques hépatiques : la première en 1905, la seconde en juillet 1907, avec ictère léger et poussées de cholécystite.

En août 1907, nouvelles coliques, suivies de perte d'appétit et d'amaigrissement.

M. Bérard voit la malade en septembre, trouve encore une vésicule grosse et douloureuse ; il lui conseille de se mettre au repos, au régime lacté, au salicylate de soude et à l'eau de Vichy, et lui propose une intervention à froid deux mois plus tard.

En novembre, la malade revient d'autant plus volontiers que,

malgré ces précautions, elle a souffert dans le foie et dans l'épaule droite. Elle entre à l'hôpital de la Croix-Rousse. On trouve alors ; un foie un peu plus gros et sensible, une vésicule rétractée, dure et douloureuse, une douleur nette en dedans et au-dessous de la vésicule, dans la région du cholédoque.

Malgré l'absence de température, d'ictère et de décoloration des matières fécales, on fait des réserves en faveur d'un calcul du cholédoque, et l'opération est pratiquée le 14 décembre 1907.

L'incision de Kehr conduit sur une vésicule épaisse, rétractée, avec quelques adhérences lâches, étendues entre elles, le colon et le duodénum. Les intestins protégés par une compresse, la vésicule est ouverte ; on en retire cinquante-quatre calculs de la grosseur d'un pois, bourrés dans la vésicule et dans le cystique. Avec un stylet boutonné, on reconnaît une sténose assez serrée du confluent cystico-hépatique. Après la section de cette sténose, la bile coule avec abondance et l'on peut introduire, dans l'hépatique distendu, l'index sans aucune difficulté. On y trouve encore deux calculs de la grosseur d'une noisette.

Pour finir, le cholédoque est exploré au doigt et à la sonde. Il renferme bien un calcul, encore assez mou, friable, du volume d'un pois, engagé en arrière du duodénum ; on l'extrait sans avoir à décoller le duodénum, par simple refoulement à travers la paroi du canal.

On termine par la résection de la vésicule et le drainage de l'hépatique.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples, bien que l'écoulement de la bile au dehors par le tube de Kehr n'ait pas été considérable. Au deuxième jour, toutes les mèches du tamponnement sous-hépatique sont retirées, le drain est enlevé au vingtième jour.

20 janvier. — Quarante jours après l'opération, la cicatrisation est complète et la malade ne présente plus aucun malaise, aucun trouble fonctionnel.

Actuellement (juin 1908) la guérison s'est maintenue parfaite.

CHAPITRE IV

LA LITHIASE INTRA-HÉPATIQUE ET SES CONSÉQUENCES
THÉRAPEUTIQUES

On sait actuellement qu'il existe un certain nombre de lithiasiques, à l'autopsie desquels on a noté la présence de calculs plus ou moins volumineux dans les voies biliaires intra-hépatiques. Des exemples assez typiques en ont été rapportés aujourd'hui ; des discussions importantes ont été déjà plusieurs fois soulevées sur leur mode de formation et sur leurs caractères morphologiques. Mais comme, il s'agit d'une question dont les chirurgiens se sont encore très peu occupés jusqu'ici et dont on a négligé d'étudier les conséquences thérapeutiques, il m'a paru intéressant de lui consacrer un chapitre spécial et de montrer l'importance de ces faits dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Étiologie et Pathogénie. — Les auteurs, qui se sont occupés du siège de formation des calculs, donnent des chiffres assez différents sur la fréquence de la lithiase intra-hépatique.

D'après Beer (de New-York), qui s'est livré à une étude consciencieuse à ce sujet, l'existence de calculs dans le foie aurait

été déjà signalée au xviii^e siècle par Glisson et Morgagni. Mais ces travaux restèrent ignorés jusqu'à la fin du siècle dernier. Frerichs, en 1861, en réunissait cinq cas; deux ans plus tard, Thudicum, se basant sur les faits connus à son époque, écrivait que beaucoup de calculs vésiculaires ont leur origine dans le foie et que la lithiase intra-hépatique représente environ 5 pour 100 des cas de cholélithiase. Peu à peu, des faits nouveaux s'ajoutèrent. Aussi, dans son travail statistique, si souvent cité, Courvoisier, en 1891, pouvait en compter cinquante. Depuis, d'autres statistiques ont été publiées.

Peters, sur 161 cas de lithiase recueillis à la clinique de Kiel, en a trouvé un exemple; Hühnerhoff, un sur 85; Schröder arrive à la proportion notablement plus élevée de 9 pour 100.

Les auteurs qui se sont occupés plus récemment de la lithiase, Naunyn, Hoppe-Seyler et Quincke, Riedel, Kehr et Körte, disent seulement qu'il s'agit d'une lésion assez fréquente.

Par l'étude de 244 foies recueillis à l'amphithéâtre, Beer, enfin est arrivé aux conclusions suivantes :

Dans 66 cas de lithiase simple . . .	0	calculs intra-hépat.
— 5 — de lithiase avec angiocho-		
lite et obstruction du		
cholédoque	5	—
— 1 — d'obstruction calculeuse		
ancienne	1	—
— 4 — d'obstruction néoplasique		
avec angiocholite se-		
condaire	0	—
— 4 — de cancer du foie	0	—
— 30 — de cirrhose	0	—
— 39 — de foie amyloïde, grai-		
seux, etc	0	—
— 27 — de congestion passive		
chronique.	0	—
— 4 — d'abcès du foie, pyléphlé-		
bite.	0	—
— 64 — de foie normal	0	—

On voit donc que, dans tous les cas où il y avait de la lithiasse intra-hépatique, on notait en même temps l'existence de calculs dans les voies extra-hépatiques. Mais on n'en a trouvé que dans les cas où il y avait en même temps une obstruction calculeuse avec angiocholite. Par rapport aux cas de lithiasse observés, les calculs intra-hépatiques se rencontreraient dans une proportion de 6 pour 72, soit 8,3 pour 100 environ.

Si les conclusions de Beer étaient rigoureusement exactes, les conséquences thérapeutiques en seraient assez simples à déduire. Le traitement précoce de la lithiasse du cholédoque permettrait de prévenir la formation de ces calculs.

Mais, contrairement à cet auteur, je crois qu'il existe des faits de lithiasse intra-hépatique indépendants de toute concrétion dans les canaux de la bile. Courvoisier, dans son livre en cite 9 cas ; Naunyn, 2, et je dois à l'obligeance de M. le professeur Jaboulay d'en donner ici un exemple tout à fait démonstratif :

Obs. I. — Clinique de M. le professeur Jaboulay.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui est envoyé à M. le professeur Jaboulay par M. Lépine avec le diagnostic de lithiasse probable du cholédoque. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, il n'a jamais eu aucune maladie.

L'affection actuelle aurait débuté au mois de juin 1907 : le malade s'aperçut à ce moment qu'il perdait ses forces ; il n'avait plus d'appétit, et il éprouvait, en particulier, un dégoût très accusé pour les viandes et les graisses. Au début de juillet, il remarqua qu'il avait un début de jaunisse et il entra à l'hôpital.

Par l'interrogatoire, on n'obtient que les renseignements sui-

vants : Pas de troubles digestifs antérieurs autres que ceux qui ont été signalés ci-dessus; jamais de coliques hépatiques franches. Mais, par moments, le malade ressent dans le côté droit une douleur sourde et profonde au niveau de la région hépatique.

Pendant son séjour dans le service de M. Lépine on a noté les particularités qui suivent : Le foie est peut-être un peu plus gros que normalement, mais il n'est pas douloureux. La rate n'est pas perçue à l'examen. On ne sent rien à la vésicule. Il n'y a pas d'ascite.

En somme, il existe surtout un ictère chronique ayant tous les caractères d'un ictère par rétention avec pigments dans les urines et décoloration des fèces. Cet ictère présente des variations comme on en observe dans la lithiase du cholédoque : par moments, les selles redeviennent normales et la teinte ictérique diminue légèrement.

La température oscille entre 37 et 38 degrés.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

En présence de ces symptômes et devant l'insuccès des méthodes thérapeutiques employées, on envoie le malade en chirurgie.

26 novembre 1907. — Intervention (M. le professeur Jaboulay). — Incision médiane sus-ombilicale avec débridement transversal du grand droit et section du ligament suspenseur. L'exploration des voies biliaires ne permet de découvrir aucun calcul soit dans la vésicule, soit dans les voies principales. Rien au pancréas; aussi on se contente de faire une cholécystostomie.

Dès le lendemain de l'opération, le malade présente une élévation de la température à 40°2; on trouve ensuite à l'auscultation du poumon droit un foyer d'hépatisation qui évolue sans incident.

Dix jours après, on constate que la suture du muscle droit n'a pas tenu : il existe une hernie assez volumineuse du bord antérieur du foie. L'écoulement de bile par la fistule vésiculaire reste assez abondant.

23 décembre. — Depuis le 5 décembre, le malade a sensiblement déjauni; les matières redeviennent colorées, mais la température reste le soir au-dessus de 39 degrés. Les viscères herniés sont rentrés dans l'abdomen; la plaie s'est notablement rétrécie.

4 janvier 1908. — La disparition de l'ictère s'accroît, mais il existe par moments un œdème des membres inférieurs assez accentué.

4 février 1908. — Depuis le 22 janvier le malade a repris de l'ictère, mais les selles sont restées colorées. Poussées de température pendant huit jours.

15 février. — L'ictère a beaucoup augmenté. Aussi, on se décide à une nouvelle intervention. *Laparotomie* au niveau de l'ancienne cicatrice. On arrive ainsi sur une vésicule qui est entourée de brides fibreuses et tendue. L'exploration la plus attentive ne montre aucun obstacle à l'écoulement de la bile. Nouvelle cholécystostomie.

15 mars. — Par la fistule vésiculaire, il ne sort que du mucus. Les matières sont décolorées et le malade maigrit. L'ictère est toujours foncé.

La persistance de ces symptômes rendant le pronostic fatal à brève échéance, M. Jaboulay se décide encore une troisième fois à une *nouvelle intervention* qui fut pratiquée le 23 mars.

Celle-ci consiste à rechercher le cholédoque, qu'on trouve en suivant le canal cystique, et à l'inciser. On prolonge ensuite l'incision jusqu'au niveau des branches de bifurcation de l'hépatique. Mais aussi haut qu'on peut aller, on ne sent pas de calculs et il ne s'écoule pas de bile. Par contre, l'hémostase dans la profondeur est difficile à obtenir. On termine l'opération par un tamponnement serré sans avoir réussi à rétablir le cours de la bile.

Mort le lendemain.

A l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on voit qu'il existe du sang dans toute la région opératoire, en arrière du tamponnement, mais il est impossible d'en reconnaître le point de départ. Aucun gros vaisseau n'est intéressé. Dans

les voies biliaires extra-hépatiques il n'existe aucune concrétion. Le pancréas est un peu dur. Par contre, le foie, sclérosé, cirrhotique, est rempli de calculs qui occupent les branches de deuxième et troisième ordre et qui expliquent bien l'absence de tout écoulement de bile après l'ouverture des voies biliaires hépatiques.

Ainsi, chez ce malade, ni les recherches opératoires, ni les constatations microscopiques n'ont permis de découvrir des calculs dans les voies biliaires extra-hépatiques et cependant, dans les canaux intra-glandulaires, il existait de nombreuses concrétions.

Comment faut-il en expliquer la formation ?

Charcot et Langenbuch ont admis que la plupart des calculs intra-hépatiques viennent de la vésicule par le cystique et l'hépatique. Ils admettent bien, il est vrai, que des concrétions peuvent se former dans les canaux du foie lui-même, mais elles sont de très petit volume ; elles sont formées de bilirubinate de chaux, et n'ont jamais la structure radiée, les couches concentriques, ni les facettes qu'on rencontre sur les calculs vésiculaires. Pour d'autres, au contraire, les calculs intra-hépatiques d'origine vésiculaire sont exceptionnels : les concrétions qu'on trouve en effet n'ont que très rarement les caractères que nous venons d'indiquer. On est donc obligé d'admettre qu'elles se sont formées sur place ; mais nous sommes encore très mal fixés sur le processus qui leur donne naissance. Il semble que la rétention seule, ainsi que le disait Fréliche, n'est pas suffisante à en amener la production, puisque dans toutes les obstructions biliaires d'une origine autre que la lithiase, on n'en a jamais relevé

l'existence. Pour Gaspard Meyer et Courvoisier, la stase biliaire prédisposerait seulement à leur formation; et il faudrait y ajouter, pour Naunyn, l'influence de la muqueuse vivante qui oxyde la bile, et pour Mosler, celle de l'angiocholite. Les recherches de Beer ont montré le rôle de la stase dans l'obstruction calculeuse et celui de l'angiocholite, puisque d'après ses examens la lithiasé intra-hépatique nécessite ces deux conditions pour se développer. Mais ces deux causes ne suffisent pas et il existe de nombreux faits où, malgré leur présence, il ne se forme aucun calcul à l'intérieur du foie.

Conséquences thérapeutiques. — L'introduction dans la thérapeutique du drainage direct de l'hépatique a permis dans bien des cas d'observer l'expulsion secondaire de calculs par le drain; même lorsque l'opération s'est passée dans les meilleures conditions, et que le chirurgien a la certitude de n'avoir laissé aucun calcul, on sait que cette éventualité n'est pas rare. L'exploration digitale ou le cathétérisme des voies biliaires ont permis de reconnaître des canaux absolument libres et cependant, huit ou dix jours après, on peut retrouver, quelquefois, de petites concrétions dans le pansement; la bile pendant un certain temps peut renfermer de la boue biliaire; enfin, dans quelques cas, par des lavages de l'hépatique, on ramène encore des calculs plusieurs semaines après l'intervention.

Si l'on ne considère pas seulement des résultats d'autopsie, mais qu'on tienne compte aussi des faits observés

en clinique, je crois qu'il faut admettre une proportion de la lithiasé intra-hépatique bien plus grande que ne l'ont dit Schröder et Beer. C'est donc une lésion qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit, quand on trouve des calculs dans les voies principales; mais comme nous n'avons aucun moyen de nous assurer de son existence au moment même de l'intervention, il faut dans tous les cas recourir au drainage de l'hépatique. C'est le seul procédé que nous ayons, pour mettre le malade à l'abri des récidives qui peuvent en résulter.

Ce drainage, dans les cas où l'on note l'expulsion secondaire des calculs, sera prolongé aussi longtemps qu'il le faudra; à plus forte raison, si l'on voit l'ictère ou la fièvre persister après l'ouverture des voies principales, on ne devra pas laisser se fermer la fistule avant que ces signes aient complètement disparu. Malgré un drainage de 6 semaines, Körte vit un malade succomber par lithiasé intra-hépatique, seize mois après la première opération. On a souvent cité des faits, où l'on fut obligé de laisser en place le drain pendant trois à quatre mois. Plus récemment, enfin, Barth, dans sa thèse inaugurale (Leipzig, 1907), a rapporté un cas dans lequel le drainage fut pratiqué pendant près d'un an; le malade opéré depuis quatre ans, est d'ailleurs, complètement guéri maintenant.

Dans l'observation suivante du docteur Lagoutte nous voyons aussi que, dix-huit mois après une opération de Kehr, il existe encore une fistule qui laisse couler de la boue biliaire.

OBS. II (due à l'obligeance de M. le Dr Lagoutte, du Creusot). — Ictère chronique avec angiocholite. Cholécystostomie d'urgence. Opération de Kehr secondaire. Lithiasse intra-hépatique.

M... Philippe, cinquante-huit ans. Malade amené à l'Hôtel-Dieu dans un état extrêmement grave. Cachexie extrême, grands frissons journaliers. Ictère intense.

16 février 1905. *Première intervention.* — Simple cholécystostomie à cause de l'état du malade (vésicule remplie de boue biliaire). Amélioration immédiate.

Persistance d'une fistule biliaire intermittente avec reprise de l'ictère, des phénomènes douloureux et de la fièvre pendant les périodes d'oblitération.

8 octobre 1906. *Deuxième intervention.* — Opération de Kehr. Dans le cholédoque, gros calcul mou du volume d'une amande. Reste des voies biliaires remplies de sable et boue biliaire épaisse et fétide.

La fistule biliaire a mis longtemps à se fermer.

Juillet 1908. — Actuellement l'état du malade est bon. Il n'y a plus ni fièvre, ni ictère, et les selles sont colorées, mais de temps en temps, *la fistule se rouvre et laisse écouler de la boue biliaire.*

Sans être partisan des lavages systématiques de l'hépatique tels qu'ils sont faits à la clinique d'Halberstadt, je crois cependant que dans la lithiasse intra-hépatique, ils trouvent les meilleures raisons d'être de leur utilisation, et, il semble bien que, dans un grand nombre de cas, ils servent à ramener des calculs, qui n'auraient pu être expulsés spontanément.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les calculs intra-hépatiques qui ne donnent naissance à aucun

accident particulier. Lorsqu'il existe une suppuration hépatique, le traitement est celui des abcès du foie. Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion d'y revenir dans quelques instants. Enfin, contre la cirrhose biliaire consécutive à la lithiase des petits canaux biliaires, nous sommes complètement désarmés.

En résumé la lithiase intra-hépatique, soit par sa fréquence plus grande qu'on ne le supposait jusqu'ici, soit par les accidents, qu'elle détermine, mérite d'être prise en sérieuse considération. Sa connaissance implique, comme conclusions pratiques, l'intervention précoce dans la lithiase du cholédoque, qui peut en prévenir l'apparition, et le drainage de l'hépatique, qui peut seul assurer l'expulsion secondaire des calculs. Nous verrons, d'ailleurs, dans un instant que les récidives après les opérations sur les voies principales sont devenues beaucoup plus rares, depuis qu'on termine l'opération par le drainage direct de ces conduits.

CHAPITRE V

RÉSULTATS IMMÉDIATS

1° Mortalité opératoire. — La lithiasé biliaire se présente dans des conditions tellement différentes qu'il est difficile d'en étudier la mortalité opératoire. Tel spécialiste, s'adressant à des cas bénins, en dehors des poussées infectieuses, a certainement une mortalité moins élevée qu'un autre chirurgien, dont la statistique comprend autant de péritonites généralisées ou de cancers que de formes de lithiasé non compliquées. De même, un opérateur, placé dans un grand centre chirurgical, à la tête d'un hôpital important, est appelé à soigner beaucoup plus de cas d'urgence, qu'un autre chirurgien, dont la clinique se trouve dans un endroit moins fréquenté et dont un voyage trop pénible interdit l'accès aux malades de cette catégorie.

A. TAUX DE LA MORTALITÉ. — Ceci nous explique qu'on ait donné, comme taux de la mortalité générale, des chiffres qui varient de 3 pour 100 (Kocher) ou 4,43 pour 100 (Mayo), à 13,6 pour 100 (Czerny), 16,7 pour 100 (Kehr), 20,9 pour 100 (Kümmel). On comprend facilement la raison d'être de chiffres aussi différents. Ils dépendent uniquement des faits auxquels ils s'appliquent.

A Lyon, en particulier, où l'on n'a fait jusqu'à pré-

sent que des opérations tardives la mortalité est encore beaucoup plus élevée. Ainsi, à la clinique du professeur A. Poncet, nous voyons qu'elle atteint 25 pour 100. Mais, sur les 35 cas opérés par M. Delore depuis 1900, il n'y avait pas moins de :

8 cancers (23 pour 100 environ) ;

1 péritonite par perforation ;

1 iléus biliaire ;

4 cas de lithiasé avec sténose du pylore ou du duodénum ;

1 cholécystite avec péricholécystite suppurée ;

5 cas de lithiasé avec angiocholite ;

1 cas de rétrécissement total de toutes les voies biliaires ;

1 fistule ancienne ayant nécessité une intervention secondaire.

Cette simple énumération de faits montre que nous sommes loin de la moyenne des cas opérés ailleurs, surtout à l'étranger, où le nombre des cancers, par exemple, atteint à peine 10 pour 100.

On ne peut donc donner de chiffres établissant même approximativement le taux de la mortalité. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet ; il nous paraît plus intéressant d'étudier de suite les complications post-opératoires et les causes de la mortalité.

B. CAUSES DE LA MORTALITÉ. — Lorsqu'on étudie les suites immédiates de l'intervention et qu'on cherche à se rendre compte des phénomènes morbides auxquels le malade paraît avoir succombé, on voit que la mort relève surtout de quatre facteurs principaux :

Le shock ;
La péritonite ;
Les hémorragies ;
Les complications broncho-pulmonaires.

Shock opératoire. — Si l'on englobe sous le nom de shock opératoire tous les faits dans lesquels il s'agissait de malades profondément infectés ou cachectisés on voit que, sur le total des cas malheureux, il y a environ la moitié des opérés qui sont morts de collapsus. Mais encore faut-il s'entendre sur les conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée. Le plus souvent, en effet, le chirurgien est en présence de malades à qui il ne reste que deux partis, non pas même à accepter librement, mais à subir fatalement, l'opération ou la mort.

Ce sont des patients dont les accidents remontent souvent à plusieurs années, et qui sont dans les plus mauvaises conditions qui se puissent rencontrer : fièvre, ictère, cachexie, insuffisance hépatique, et souvent même néphrite ou myocardite secondaires. L'intervention la plus minime leur porte le dernier coup. Souvent, en réalité, les malades meurent non pas de leur opération, mais bien plutôt malgré elle, et si l'on n'était pas intervenu, le résultat n'en aurait pas été modifié.

Hémorragies. — On sait que les hépatiques et surtout les ictériques ont une prédisposition très grande aux hémorragies.

Dans de nombreux cas, il existe déjà, avant l'opération,

des signes de cholémie, et nous avons dit plus haut que certains auteurs faisaient des taches purpuriques une contre-indication de l'intervention.

D'autres fois, l'hémorragie est une complication de l'acte opératoire lui-même et, malgré l'hémostase la plus minutieuse, le chirurgien ne peut arriver à s'en rendre maître. La tranche de section pariétale, les adhérences qu'on est obligé de rompre sont autant de foyers d'un suintement sanguin persistant qui gêne considérablement les manœuvres, et qui nécessite le plus souvent un tamponnement terminal.

Mais dans d'autres cas, ce n'est que dans les jours qui suivent que se produisent les hémorragies. Elles peuvent d'ailleurs reconnaître plusieurs causes et se faire dans les points de l'organisme les plus divers.

Au début de la cholécystectomie, il n'était pas rare de rencontrer des hémorragies secondaires au niveau de l'artère cystique. Pendant longtemps, les chirurgiens se sont contentés de faire une ligature en masse sur le canal et sur l'artère ; or, cette ligature portant le plus souvent sur un conduit infecté, le fil lâchait quelquefois avant que la trombose artérielle ne se soit produite ; d'où des hémorragies abondantes, se traduisant d'emblée par des signes graves et nécessitant souvent une intervention rapide pour faire une hémostase secondaire.

D'autres fois, après une cholécystostomie, on voit des petites branches artérielles qui sont au niveau de la vésicule devenir le point de départ d'une hémorragie inquiétante. Czerny en a publié un cas ; en voici un

autre, que je dois à l'obligeance de mon maître, M. Villard.

Il s'agit de la femme d'un médecin qui avait été opérée d'une obstruction calculeuse du cholédoque et chez laquelle on avait fait un double drainage du cholédoque et de la vésicule. Quelques pinces à demeure avaient été laissées en place pour assurer l'hémostase de différents petits vaisseaux, qui saignaient dans la profondeur.

Les suites opératoires furent d'abord normales pendant les trois premiers jours; à ce moment, on enlève quatre pinces hémostatiques; mais bientôt après commence un suintement sanguin artériel peu abondant contre lequel on se contente de faire un tamponnement. La nuit et le lendemain, le suintement sanguin continue; aussi, le soir du quatrième jour, la malade est dans un état d'anémie inquiétant. Après avoir défait le pansement, on voit que l'hémorragie est due à une petite branche artérielle du fond de la vésicule. On met une pince à demeure.

A partir de ce moment, guérison sans incident.

Dans la grande majorité des cas, les hémorragies qu'on observe sont des hémorragies en nappe et dont il faut voir l'origine dans un défaut de la coagulation sanguine. Il s'agit de malades, chez lesquels on a dû le plus souvent laisser un tamponnement, pour arrêter le suintement sanguin, auquel nous avons fait allusion plus haut. Malgré cela, l'hémorragie continue et le malade succombe avec des signes de collapsus; dans d'autres cas, les suites immédiates ont été tout à fait régulières, et ce n'est qu'au moment de l'ablation des mèches que cet accident se produit; enfin, dans quelques faits, les hémorragies surviennent au huitième, dixième, douzième jour, sans aucune cause apparentes. Les moyens hémostatiques ordinairement employés.

restent sans effet : le malade meurt après avoir absorbé les médicaments les plus divers ; à l'autopsie, il est souvent impossible de retrouver la moindre brèche vasculaire ; il existe d'ailleurs souvent en même temps des hémorragies au niveau des différents parenchymes ou dans les différents viscères.

Je ne saurais m'étendre longuement ici sur les causes de ces hémorragies. Riedel prétend qu'elles sont beaucoup plus fréquentes chez les ictériques, qui ont de l'infection des voies biliaires ou qui sont cachectiques. Kehr objecte à cela que ces hémorragies se produisent souvent chez des malades à peine ictériques, quelquefois même plusieurs jours après le drainage des canaux de la bile à un moment où l'infection ne peut plus être mise en cause. Aussi il admet, pour les expliquer, des altérations des vaisseaux consécutives à l'imprégnation de leurs parois par la bile, mais il ne dit pas si ces lésions ont été retrouvées à l'examen microscopique. Je crois donc qu'il faut tenir compte surtout des altérations de la cellule hépatique ; les recherches récentes de Doyon, en montrant l'origine hépatique du fibrinogène et en rendant le sang incoagulable par la ligature de l'artère hépatique, nous expliquent bien la véritable nature de ces hémorragies. Celles-ci constituent, à leur tour, un sérieux argument en faveur de cette théorie ; leur origine enfin nous rend compte des insuccès thérapeutiques, qui sont habituellement la règle en pareil cas.

En résumé, les hémorragies post-opératoires constituent toujours une très grave complication de l'intervention car elles entraînent souvent un pronostic tout à fait sombre. Si l'on réunit le total des observations où elles ont été signalées, on voit que la guérison n'existe guère que dans le cinquième des cas. Dans tous les autres, la mort est le résultat de

l'hémorragie : sur l'ensemble des cas mortels, on peut estimer à environ 20 pour 100 le nombre de faits, où la mort est la conséquence de cette complication.

Complications péritonéales. — Je serai très bref sur les accidents péritonéaux qui peuvent se produire après l'intervention. Il suffit de parcourir les faits publiés, pour reconnaître que cette complication, tant redoutée à l'origine de la chirurgie abdominale, ne devrait plus entrer en ligne de compte actuellement. Les progrès réalisés dans la technique chirurgicale, en général ; la substitution du drainage des voies biliaires aux opérations idéales, les conditions anatomiques enfin, dans lesquelles on se trouve, permettent d'expliquer facilement la rareté actuelle de la péritonite. Les seuls accidents de cet ordre que nous avons relevés sont presque tous imputables à des fautes de technique, et surtout à des sutures intempestives : un bon drainage aurait suffi à les éviter. Quelques-uns seulement concernent des opérations compliquées dans lesquelles on est intervenu en même temps sur l'estomac ou l'intestin. Williams et Czerny ont signalé chacun un cas de mort par péritonite après perforation du duodénum, secondaire à la libération d'adhérences. Kümmel, après une cholécystostomie, a assisté au développement d'une septicémie péritonéale par perforation d'un calcul du cystique ; enfin, Terrier a publié un fait de péritonite par insuffisance d'un drainage de l'hépatique : le drain était dans la branche gauche du canal et n'entraînait au-dehors qu'une partie de la bile infectée.

Sur le total des faits où la cause de la mort est

signalée, les complications péritonéales représentent 12 pour 100 des cas environ. Mais je m'empresse d'ajouter, què dans ce nombre, sont comptés tous les malades opérés en pleine péritonite (perforation de la vésicule, gangrène, cholécystites aiguës avec péritonite, iléus biliaire, etc.), et chez lesquels la septicémie péritonéale a continué d'évoluer malgré l'opération.

Ajoutons seulement ici les quelques cas de *péritonites enkystées* (Kümmel) ou d'*abcès sous-phréniques* (Körte, Kehr, Czerny) qui ont été signalés comme complication de l'intervention. Ce sont là des faits trop exceptionnels pour que j'y insiste davantage.

Les *complications broncho-pulmonaires* après les interventions sur les voies biliaires ne se produisent que dans 4 pour 100 des cas environ. Elles sont donc beaucoup moins fréquentes qu'après les opérations gastriques. En outre, elles sont sensiblement plus bénignes, puisqu'elles n'entraînent la mort que dans la moitié des cas environ. Elles sont un peu plus courantes après les opérations sur les voies principales ; mais on peut en noter l'apparition après une simple cholécystostomie.

Au point de vue clinique, elles se traduisent tantôt par une bronchite plus ou moins sévère, tantôt par une pneumonie. La pleurésie ou l'infarctus sont un peu plus exceptionnels.

Au point de vue pathogénique, on a beaucoup discuté sur l'origine de ces complications pulmonaires après les interventions abdominales. On a prétendu qu'elles étaient plus fré-

quentes après les opérations sus-ombilicales, et on a invoqué, pour les expliquer, un trouble dans le fonctionnement du diaphragme ou une insuffisance fonctionnelle des muscles de la paroi; d'autres auteurs rendent l'anesthésie responsable de ces méfaits. Enfin, pour certains chirurgiens, il faut surtout tenir compte de l'infection : *les pneumonies d'éthérisation sont des pneumonies d'infection* (Poncet).

En réalité, le rôle des anesthésiques est indiscutable : L'éther, en particulier, détermine une irritation des bronches qui prédispose au catarrhe, et beaucoup de malades, dès le soir de l'intervention et pendant quelques jours, présentent un peu de toux et une abondante expectoration muqueuse qui ne reconnaissent pas d'autre origine.

Dans des cas exceptionnels, le refroidissement sur la table d'opération ou l'introduction par voie bronchique de produits septiques venant de la bouche, du nez ou de l'estomac (vomissements anesthésiques) peuvent expliquer le développement des complications pulmonaires. Mais, en règle générale, ainsi que l'ont récemment montré Payr, Kelling au XXXIV^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Ces accidents relèvent d'une infection opératoire. Et ce qui me semble constituer le meilleur argument en faveur de cette thèse, c'est précisément la rareté ou la bénignité de ces complications après les interventions sur les voies biliaires.

Si l'on rapproche, en effet, les chiffres que nous avons donnés de ceux qu'on a notés après les opérations sur l'estomac, on ne peut moins faire que d'être frappé de l'énorme disproportion qui existe entre ces deux séries d'interventions ; je crois que cette différence relève uniquement du drainage qui termine presque toujours les interventions sur les voies biliaires.

Le point de départ de toutes ces complications paraît être des embolies septiques qui, parties du champ opératoire, vont créer dans le poumon des infarctus plus ou moins volumineux. Elles se traduisent ensuite, suivant leur importance, soit par une apoplexie pulmonaire, soit par une pleurésie, soit, enfin, par le développement d'un foyer d'hépatisation.

Autres causes de la mort. — A côté des faits que nous venons de signaler et qui représentent la grosse majorité des insuccès opératoires, il faut signaler encore d'autres causes beaucoup plus rares de la mortalité. Je laisse de côté les quelques cas de mort par apoplexie ou par urémie chez des malades atteints de néphrite interstitielle et d'artério-sclérose. On sait que la présence d'albumine dans les urines doit toujours être prise en sérieuse considération et qu'elle doit faire écarter toute intervention qui ne présente pas des caractères d'urgence. De même, dans les nombreux faits dont je dispose, je trouve quelques exemples de mort par asystolie chez des cardiaques opérés en raison de complications de leur lithiase.

Körte, parmi ses opérés, en a observé un qui trouva la mort dans une crise d'épilepsie ; un autre, morphinomane, mourut de collapsus en quarante-huit heures ; chez un troisième, qui succomba en quelques heures, quinze jours après l'opération, l'autopsie révéla une atrophie jaune aiguë du foie et une néphrite parenchymateuse ; une dernière malade enfin, diabétique, tomba dans le coma le treizième jour.

Williams a observé une mort par pyléphlébite et Kocher, une péritonite par rupture d'un abcès du foie dans le péritoine.

Kümmel a signalé un cas de mort par fistule cholécysto-duodénale après une cholécystostomie. Il s'agit d'un malade chez lequel on ne s'était pas aperçu de cette communication anormale au cours de l'opération. Dans un autre cas, et sans que la cause ait pu en être

élucidée, une gangrène de l'angle gauche du côlon fut observée à la suite d'une cholécystectomie.

Pauchet a vu la mort succéder à une infection qui eut comme origine une injection dans le drain hépatique. Hartmann enfin, et Kehr ont vu des malades succomber par une dilatation aiguë de l'estomac ou par hématomésés ; nous allons revenir sur ces deux catégories d'accidents.

2° Complications post-opératoires. — Après une intervention sur les voies biliaires, on a noté un certain nombre de complications soit du côté de la paroi, soit du côté des différents appareils : digestif, circulatoire, respiratoire ou nerveux. Je ne reviendrai pas ici sur les hémorragies, les lésions broncho-pulmonaires ou péritonéales, dont je viens de m'occuper. Je me borne à signaler les autres accidents qui ont été le plus fréquemment observés.

A. ACCIDENTS DU CÔTÉ DE LA PAROI OU DE L'INTESTIN. —

Il me paraît inutile d'insister sur les hématomes ou les abcès qui ont été signalés dans les cas où l'on a fait la suture complète de la paroi : ce sont des complications qui ne présentent aucune particularité. Helferich a vu se produire une fois la nécrose d'un cartilage costal.

A la suite de la libération d'adhérences ou après des opérations anastomotiques, on a relevé quelquefois l'apparition de fistules intestinales. Kehr et Czerny en ont signalé chacun un cas après une cholécystectomie ; en outre, ce dernier chirurgien en a publié 3 autres, 2 après une cholécystectomie avec entérorraphie du côlon,

et un troisième, après une cholédoco-entérostomie : guérison dans tous les cas.

B. TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX. — Du côté de l'appareil digestif, différents accidents sont susceptibles de se produire. Il est à peine besoin de signaler les vomissements qui suivent presque toutes les anesthésies. Disons seulement que dans quelques cas exceptionnels, les vomissements, par leur persistance, peuvent nécessiter une thérapeutique spéciale. (Kehr, Pauchet).

Beaucoup plus sérieuses sont les *hématémèses* qui peuvent apparaître après l'intervention ; elles ont été surtout signalées par Kehr ; mais je ne m'explique pas pourquoi elles sont aussi fréquentes à la clinique d'Halberstadt. Ailleurs, elles ne sont pas signalées.

J'emprunte à Kehr les quelques considérations suivantes sur leur pathogénie :

« Dans deux cas qu'il a observés, Landow incrimine le chloroforme ; Meinhard-Schmidt accuse les manipulations gastriques qu'a nécessitées la libération du pylore ; Friedrich et Hoffmann, Engelhardt et Neck pensent qu'il s'agit d'infarctus à la suite d'embolies vasculaires qui auraient surtout leur point de départ dans les ligatures des épiploons ou du mésentère. Pour Rodmann, ces embolies seraient la conséquence d'une infection locale, tandis que pour Sthamer, qui a fait des expériences à ce sujet, l'infection ne serait pas absolument nécessaire. Pour Kocher et pour Kehr, enfin, l'infection ne pourrait expliquer tous les cas, et, dans de nombreux faits, c'est uniquement à des troubles circulatoires que sont dues les hématémèses. Il y a stase gastrique et congestion de ses parois. Le traitement de la rétention par des lavages répétés permet d'arrêter ces vomissements. »

Peut-être faudrait-il rapprocher ces troubles de ceux

que Villard a récemment attribués à la compression de la veine porte par le tamponnement de la région sous-hépatique. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une complication sérieuse. Dans ces trois dernières années, sur les 200 lithiasiques qu'il a opérés, Kehr en a observé 14 cas, dont deux se sont terminés par la mort.

La dilatation aiguë de l'estomac ou l'occlusion intestinale post-opératoire sont des accidents tout à fait rares. La première a été observée seulement après deux interventions. Dans un cas d'Hartmann, le malade mourut sans qu'on ait reconnu cliniquement l'existence de cette complication. Un opéré de Kehr guérit par les lavages de l'estomac.

Kocher est le seul à avoir signalé des accidents d'occlusion post-opératoire. L'arrêt des matières et des gaz persista pendant quarante-huit heures, puis disparut spontanément.

C. TROUBLES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Après les opérations sur les voies biliaires de nombreuses complications peuvent s'observer du côté de l'appareil circulatoire. J'ai déjà signalé le collapsus cardiaque, auquel les infectés ou les cachectiques succombent si facilement. Il importe de savoir aussi que, même après les interventions les plus minimes, il n'est pas rare d'observer pendant quelques jours des phénomènes de shock qui ne laissent pas le chirurgien sans inquiétude. Pour Kehr, dans 10 pour 100 des cas environ, on note, à ce moment, des signes plus ou moins inquiétants: le pouls est petit et rapide, le cœur est accéléré et ses battements rapprochés, il existe de la dyspnée, etc.

Ces symptômes persistent plus ou moins longtemps suivant les cas, mais habituellement sous l'influence des toniques cardiaques, ils disparaissent assez rapidement.

Nous avons déjà parlé des *infarctus* et j'ai dit plus haut que, le plus souvent, c'est par ce mécanisme que se développaient les pneumonies ou les hématomésos post-opératoires.

On a signalé plusieurs cas de phlébite des membres inférieurs, Kehr à lui seul, dans ces trois dernières années, en a observé 6 cas ; chez les opérés de Körte nous trouvons cette complication 3 fois. Williams, sur ses 186 interventions en compte également 5 exemples. Nous en avons observé un cas chez une malade de Delore.

D. TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX. — Körte, chez trois malades, vit se développer une paralysie radiale post-anesthésique ; Kehr a signalé un cas de psychose post-opératoire.

E. AVORTEMENTS. — Körte, chez une malade enceinte, eut un avortement et Kehr, chez cinq malades opérées pendant la grossesse, a vu deux fois cette complication se produire.

Telest, brièvement exposé le bilan des complications immédiates susceptibles de se produire après les diverses opérations sur les voies biliaires. Je reviendrai plus loin sur les moyens qui me paraissent susceptibles d'en empêcher l'apparition et sur le traitement auquel il convient de recourir pour chacun d'eux.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'INTERVENTION.

FISTULES, RÉCIDIVES, ADHÉRENCES, ÉVENTRATION.

OPÉRATIONS SECONDAIRES DANS LA LITHIASE BILIAIRE

1^o Fistules. — Après le drainage de la vésicule ou du cholédoque, la bile s'écoule ordinairement par la plaie pendant un temps qui varie de quelques jours à quelques semaines. Dans un certain nombre de faits, cet écoulement persiste plus longtemps et surtout après la cholécystostomie, on peut le voir se prolonger pendant plus de trois ou quatre mois ; enfin, dans quelques cas plus rares, la fistule n'a aucune tendance à se fermer spontanément et sa persistance nécessite, le plus souvent, une opération secondaire.

Au début de la chirurgie biliaire, la persistance d'une fistule était un accident tellement fréquent que pas un chirurgien n'osait intervenir sans prévenir le malade de la possibilité de cette complication.

Actuellement, il s'agit d'un accident beaucoup plus rare et quine se produit plus guère que dans 4 à 5 pour 100 des cas. Kehr, sur les 350 opérés dont il a publié les résultats éloignés, en 1905, n'en signalait que 2 observations.

A la clinique de Czerny, le total des fistules a passé

de 9,1 pour 100, avant 1898, à 4,4 pour 100 (1903). Si l'on consulte les résultats obtenus par les autres chirurgiens, on voit que les chiffres donnés sont à peu près les mêmes. Il faut, d'ailleurs, reconnaître que cet accident se produit surtout chez des malades opérés en pleine poussée aiguë. Dans tous les autres cas, l'exploration complète des voies biliaires qui précède toute intervention pour lithiase ; les meilleurs procédés de fixation de la vésicule à la paroi ; la plus large part, enfin, attribuée à la cholécystectomie dans le traitement de la lithiase vésiculaire, expliquent bien sa plus grande rareté.

Au point de vue clinique, il faut distinguer deux variétés de fistules post-opératoires : les fistules muqueuses ou muco-purulentes et les fistules biliaires. Les premières indiquent un obstacle au niveau du cystique, mais les secondes n'impliquent pas toujours une oblitération des voies biliaires principales. Comment faut-il les expliquer ?

Les *fistules muqueuses* peuvent être dues simplement à l'inflammation chronique et à l'épaississement des parois vésiculaires. Mais le plus souvent, elles dépendent d'une obstruction du canal cystique. Celle-ci relève, suivant les cas, soit de la persistance d'un calcul, soit d'un rétrécissement inflammatoire ou néoplasique de ses parois, soit enfin de la compression ou de la coudure de son trajet par des adhérences péritonéales. Au point de vue thérapeutique, elles comportent des indications bien différentes suivant les circonstances. Lorsque l'écoulement auquel elles donnent naissance est peu abondant et ne détermine

aucun accident spécial, on peut attendre très longtemps leur fermeture spontanée. On a, en effet, signalé des cas où après huit, dix mois, quelquefois même un an, la fistule avait enfin réussi à s'oblitérer. Mais lorsque, par leur sécrétion abondante, les fistules muqueuses sont une infirmité pour le malade qui en est atteint, il ne faut pas prolonger aussi longtemps l'expectation. Si l'on a des raisons de penser à la persistance d'un calcul, on pourra se contenter de dilater le trajet avec une tige de laminaire et tenter ensuite l'extraction de ce calcul. Dans la majorité des cas, c'est à la cholécystectomie qu'il faut recourir.

Les fistules biliaires peuvent se produire dans deux circonstances différentes. Elle succèdent quelquefois à un drainage direct de l'hépatique ou du cholédoque, indiquant alors un obstacle sur les voies biliaires principales : rétrécissement, tumeur, calcul, pancréatite, etc. D'autre fois, c'est par la vésicule que se fait l'écoulement de bile à l'extérieur : la fistule, dans ce cas, peut évidemment reconnaître la même origine que précédemment, mais elle peut aussi être due, simplement, à la constitution d'un canal cutanéomuqueux qui ne peut se cicatriser.

En présence d'une fistule biliaire, il y a donc une grande importance pratique à savoir si le cholédoque est libre et, pour cela, on peut avoir recours à la manœuvre suivante, qui a été utilisée par Kehr. On obture la fistule par un fosset en bois stérilisé, qu'on fixe à la paroi avec du collodion. Le malade reste couché et on lui fait une injection de morphine. Lorsqu'il y a obstruction du cholédoque, la bile

s'accumule dans les voies biliaires et sa tension augmente à tel point qu'elle peut même réussir à chasser l'obstacle. Kehr dit avoir obtenu quelquefois un bon résultat par cette simple manœuvre. Mais si le calcul ne peut être déplacé, le patient est pris de frissons et de fièvre, l'ictère se produit ou augmente s'il existait déjà, le bouchon est repoussé et une bile trouble s'écoule au dehors. Enfin, si les voies biliaires sont libres, le fosset reste en place, sans donner lieu à aucun accident.

Au point de vue thérapeutique, bien des procédés ont été proposés pour le traitement des fistules biliaires post-opératoires. Leurs indications sont subordonnées à la nature des lésions observées.

Lorsque la fistule n'est due, en effet, qu'à la persistance d'un pertuis cutanéomuqueux, à la suite d'une cholécystostomie, la simple libération des bords de la muqueuse, sur lesquels on met deux ou trois points de suture, peut suffire à en amener la guérison.

Dans les cas où les parois vésiculaires épaissies ne peuvent revenir sur elle-même et sont ainsi la cause de la persistance de l'écoulement biliaire, c'est évidemment à la cholécystectomie qu'il faut donner la préférence ; mais il faudra bien s'assurer, au préalable, qu'il n'y a pas d'obstacle sur les voies principales. Pour les fistules en effet, qui ont à leur origine une sténose quelconque des voies principales ou de la papille, cette opération pourrait conduire ultérieurement à des interventions beaucoup plus difficiles.

J'étudierai tout à l'heure, dans un paragraphe spécial, les rétrécissements des voies biliaires principales et je décrirai les divers interventions qui ont été pra-

tiquées pour les enlever ou pour les détourner. Je ne saurais donc y insister ici. De même, pour ne pas tomber dans des répétitions inutiles, je laisserai de côté tout ce qui concerne les fistules consécutives aux pancréatites, ou aux tumeurs des voies biliaires dont je m'occuperai plus tard. Je me borne à donner une observation de la clinique de mon maître, le professeur A. Poncet, dans laquelle M. Delore eut recours à la cholécystocôlostomie.

OBS. I. (Clinique de M. le Professeur A. Poncet). — Cholécystostomie ancienne. Persistance d'une fistule biliaire. Cholécystocôlostomie. Guérison.

Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, ayant eu quatorze enfants, opérée par M. le professeur Poncet d'une cholécystite en 1888, puis en 1889. Depuis cette dernière opération, il persiste une large fistule biliaire ayant environ 3 ou 4 centimètres de diamètre, et par laquelle la muqueuse vésiculaire épaissie fait hernie. Tout au pourtour de la fistule, large éventration.

On constate encore, chez cette femme, un prolapsus rectal de faiblesse. La résistance du périnée est nulle. Les selles sont colorées, malgré l'écoulement de la bile au dehors. Constipation opiniâtre.

Opération. — 16 mai 1902 (M. Delore). Cure radicale de la fistule biliaire et de l'éventration voisine. Pour remplir le premier but, la vésicule est disséquée, puis abouchée dans l'angle droit du côlon par un double plan de sutures à la soie. Dans l'éventration, on trouve adhérents l'épiploon, le côlon ascendant et une anse grêle. Après libération de ces organes, la paroi est reconstituée à trois plans.

Départ de l'hôpital le 20 juin 1902. Guérison. L'éventration a cependant tendance à se reproduire. La fistule ne s'est pas reproduite.

Deux ans après, excellent état général.

Dans tous les cas où il existe un obstacle sur les voies biliaires principales et que la vésicule est conservée, c'est évidemment aux anastomoses cholécysto-intestinales qu'il faut donner la préférence. Mais, lorsque la vésicule a été enlevée, par quelle opération peut-on réaliser la fermeture des voies biliaires ou le rétablissement du cours de la bile dans l'intestin ?

Dans ces dernières années, on a souvent eu recours à l'anastomose directe des voies principales avec l'intestin. Mais, en outre, de nombreuses tentatives de greffes autoplastiques ont été appliquées au traitement des fistules biliaires de cet ordre. Enderlen et Justi ont obtenu expérimentalement de bons résultats avec les greffes épiploïques, et ils ont réussi à obturer des pertes de substance assez volumineuses des voies biliaires. Baldassari et Gardini ont tenté d'obtenir le même résultat en ayant recours à des fragments de muscles de la paroi abdominale, prélevés dans le voisinage de l'incision pariétale. Enfin, plus récemment, à la suite des recherches de Jedlicka sur les autoplasties stomacales, Kehr et Von Stubenrausch ont eu l'idée de tailler un lambeau sur l'antrum pylorique et de l'appliquer sur la perte de substance cholédocienne.

La malade de Kehr mourut de pneumonie le troisième jour. Je fais représenter ci-après le schéma de l'opération qui fut pratiquée (fig. 1 et 2).

Von Stubenrausch eut recours à la même opération, à laquelle il ajouta une gastro-entéro anastomose antérieure avec jéuno-jéjunostomie; sa malade survécut; mais après avoir donné un bon résultat immédiat, le lambeau se rétracta et de nouveaux accidents de réten-

tion apparurent. Malgré cela, la greffe stomacale, pendant six mois, avait permis à la bile de retrouver son libre écoulement dans l'intestin ; cela suffit pour que le moignon cystique se dilate à nouveau ; et Stubenrausch, dans une troisième intervention, put s'en servir pour faire une anastomose biliaire.



FIG. 1. — Tracé du lambeau sur l'antré pylorique.

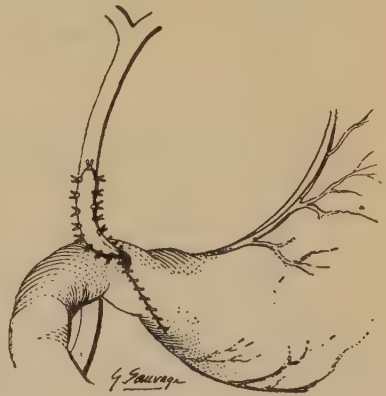


FIG. 2. — Suture du lambeau stomacal sur la perte de substance cholédocienne.

Lorsque la vésicule n'a pas été enlevée au cours d'une opération antérieure, on peut aussi l'utiliser pour refaire le cholédoque. Liebold a publié un cas récent, dans lequel il eut recours à ce procédé. En voici le résumé :

Il s'agissait d'un malade de trente-quatre ans, opéré antérieurement pour une occlusion calculuse du cholédoque. Le chirurgien en présence des adhérences étendues se contenta d'établir une cholécystostomie ; une fistule biliaire fut la conséquence de cette thérapeutique. Dans une deuxième intervention, on trouve une

vésicule petite et ratatinée ; deux calculs sont extirpés du canal hépatique ; le cholédoque est très rétréci à la



FIG. 3. — Calculs de l'hépatique. Rétrécissement du cholédoque. Vésicule rétractée.



FIG. 4. — Suture de la paroi postérieure du cholédoque après résection du rétrécissement.



FIG. 5. — Drainage de l'hépatique. La vésicule ouverte va être rabattue sur la perte de substance du cholédoque.

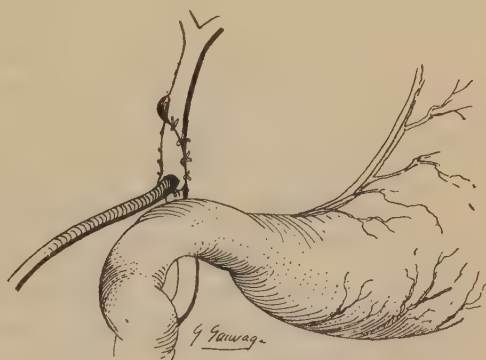


FIG. 6. — La cholécystoplastie est terminée.

partie inférieure ; à la suite de manœuvres opératoires, il se rompt et ses deux extrémités sont écartées de plus de 3 centimètres. On réunit alors la paroi postérieure

par trois points de suture ; en raison de la traction, il subsiste en avant une perte de substance ovalaire. On établit par cet orifice un drainage de l'hépatique ; puis pour combler la perte de substance on fend la vésicule, ainsi que le cystique jusqu'au niveau du cholédoque ; la surface muqueuse est rabattue sur la perte de substance cholédocienne et suturée à ses bords. Guérison.

J'ai fait reproduire des schémas (fig. 3, 4, 5 et 6), qui, mieux que toute description, servent à montrer le parti qu'on peut tirer de semblables autoplasties. En réalité, il s'agit là de procédés d'exception qui ont un intérêt de curiosité plus qu'une véritable utilité. Il semble bien, en effet, que dans la majorité des cas on aura meilleur compte à recourir à l'hépatico-duodénostomie, que nous décrirons plus loin. (Voir : II^e partie, Rétrécissement des voies biliaires).

2^o **Récidives.** — La question des récidives après les opérations pour lithiasé est très controversée et elle a été le point de départ de nombreuses discussions. Mais avant d'en entreprendre l'étude, il importe de bien définir ce qu'on entend sous le nom de récidives. Les uns, en effet, font rentrer sous ce titre tous les accidents qu'on observe chez les lithiasiques opérés ; d'autres, au contraire, réservent ce nom à la néoformation de calculs.

A mon avis, au point de vue théorique, il importe de distinguer nettement les vraies et les fausses récidives ; mais, pratiquement, cette division perd beaucoup de son importance.

Peu importe, en effet, que les accidents observés

soient le fait d'un calcul oublié ou d'une pierre néoformée, ou encore qu'ils dépendent d'adhérences.

Il faut se préoccuper, avant tout, de rechercher la fréquence de ces insuccès opératoires, de remonter à leurs causes et d'en prévenir l'apparition. Je traiterai donc la question, en me plaçant successivement à ces deux points de vue.

A. RÉCIDIVE VRAIE. — D'une façon générale, il est évident qu'après les interventions pour lithiase, le nombre des récidives est très minime. Dans un certain nombre de cas, on a vu apparaître, au bout d'un temps plus ou moins long, des coliques avec expulsion de calculs dans les selles; d'autres fois, l'intensité des douleurs ou l'existence de phénomènes infectieux nécessitant une deuxième intervention, on a retrouvé des calculs dans les voies biliaires. Comment faut-il interpréter ces faits?

Pour certains auteurs, Riedel et Kehr, en particulier, il s'agit de calculs qui sont restés inaperçus dans la première intervention.

Déjà, en 1900, au *XXIX^e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie*, le chirurgien d'Halberstadt concluait qu'il ne connaissait pas un seul cas de récidive vraie après une intervention pour lithiase et, dans ses récentes publications, il maintient ses premières conclusions. La plupart des chirurgiens ont adopté les mêmes idées; Poppert, Löbker, Andrews, etc., disent aussi n'avoir jamais observé de cas où l'on puisse affirmer la formation de nouveaux calculs.

Pour Körte, au contraire, le laps de temps, qui

s'écoule entre la première intervention et le retour des accidents, permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'une véritable récurrence, si les calculs avaient été oubliés : on ne comprendrait pas qu'ils restent aussi longtemps, sans donner lieu à de nouvelles manifestations symptomatiques. Dans ses 350 opérations pour lithiasse, il admet 6 récurrences de calculs ; dans tous les cas, d'ailleurs, la vésicule avait été conservée et c'est à son intérieur que les calculs paraissent s'être néoformés ; une seule fois, il s'agissait de lithiasse intra-hépatique.

Bramann, sur 6 tailles idéales, a noté 1 récurrence au bout d'un an et une autre après six ans. Sur 30 cholécystostomies, il compte 2 récurrences après six et sept ans.

Kümmel, après 9 cholécystendyses pour cholécystite chronique récidivante, a vu se développer 2 récurrences ; l'une au bout de 5 ans et l'autre après 10 ans.

Je pourrais encore citer ici bien d'autres faits ; mais je ne crois pas que la question puisse en être mieux élucidée. Je crois, avec Körte, que dans les cas où les calculs ne se manifestent que longtemps après une première intervention, rien ne s'oppose à ce qu'ils se soient formés secondairement dans la vésicule.

Kehr objecte à cette manière de voir que, lorsqu'on enlève la vésicule et qu'on fait le drainage de l'hépatique, on voit souvent, après l'opération, s'échapper des calculs. Depuis qu'il a recours à cette opération, le nombre de récurrences qu'il a observées, est tombé de 4 à 2 pour 100 et encore, dans tous les cas où il en a constaté l'existence, il s'agissait de malades chez lesquels les accidents anesthésiques ou la difficulté de l'intervention n'avaient pas permis de faire une opération

complète. Mohr et Ehrhardt se sont ralliés à ces conclusions et récemment ils ont défendu les mêmes idées,

En résumé, on peut admettre, que la majorité des concrétions qu'on retrouve après une première intervention sont certainement des calculs, qui ont passé inaperçus à ce moment, et la preuve, c'est qu'ils se rencontrent exclusivement après les opérations où la vésicule ayant été conservée, il n'a pas été possible de s'assurer de la perméabilité complète de toutes les voies biliaires. Mais il n'y a aucune raison de ne pas admettre, dans d'autres cas, la néoformation de calculs. Rien ne s'oppose à ce que dans la vésicule enflammée ne se fassent de nouvelles précipitations de cholestérine, d'autant que, par suite de rétrécissement ou d'adhérences sur le cystique, il y a souvent, en même temps, une certaine gêne dans le fonctionnement régulier du réservoir de la bile.

Pratiquement, il s'agit là de faits exceptionnels. Les accidents qu'on relève chez les lithiasiques opérés ne reconnaissent que rarement à leur origine un calcul. Qu'il s'agisse, d'ailleurs, de calculs oubliés ou néoformés, il est à remarquer qu'on peut toujours incriminer la vésicule. Dans le premier cas, elle gêne l'exploration des voies biliaires et laisse toujours l'avenir incertain; dans le second, son ablation aurait empêché la précipitation de nouvelles concrétions.

La question des récidives de la lithiase ne saurait donc comporter aucune restriction opératoire; sa rareté même empêche qu'on en tienne compte en face du nombre considérable de malades, qui retirent un bénéfice évident de l'intervention. D'ailleurs, les progrès

réalisés actuellement dans la technique de la chirurgie biliaire et les interventions plus radicales, auxquelles on donne maintenant la préférence, permettent d'espérer que ces résultats ne feront encore que s'améliorer.

2. FAUSSES RÉCIDIVES. — Mais, les accidents dus à la présence ou à la néo-formation d'un calcul mis à part, il est incontestable qu'il existe encore un nombre trop considérable de faits où l'opération n'a pas donné des résultats aussi satisfaisants que le malade aurait pu le désirer ou que le chirurgien était en droit de l'attendre.

A quoi sont dus ces insuccès ?

Lorsqu'on étudie un peu attentivement les troubles qui apparaissent secondairement chez les lithiasiques opérés, on voit, d'abord, qu'il existe un certain nombre de malades qui souffrent non de leurs voies biliaires, mais de leur intestin, de leur rein droit ou encore de tel ou tel autre de leurs organes. Par un traitement approprié, les accidents dont ils se plaignent, disparaissent complètement ; il est donc bien évident qu'on ne saurait incriminer l'opération de ces méfaits.

A côté de ces cas, il en est d'autres où il s'agit manifestement de femmes nerveuses ou hystériques, chez lesquelles non seulement l'intervention ne donne aucun résultat, mais où elle est encore souvent le point de départ de violents accidents. Plus d'un chirurgien s'y est trompé. Souvent plusieurs opérations de suite ont été pratiquées. On a enlevé la vésicule, l'appendice ; fixé le foie, le rein ; anastomosé enfin l'estomac à l'intestin ; rien n'y fait. Il s'agit de névropathes qui souffrent

de tous leurs organes. Même l'opération la mieux comprise est incapable de leur procurer le moindre soulagement. La meilleure intervention, dans ce cas, est certainement de ne rien faire et de se borner à parer aux accidents d'urgence qui se peuvent présenter.

Mais, ces faits étant laissés de côté, il existe encore un certain nombre d'autres lithiasiques chez lesquels, plus ou moins longtemps après l'opération, et à des intervalles plus ou moins rapprochés, on voit se produire des accès douloureux qui rappellent même souvent les coliques antérieures. D'autres fois, il s'agit de douleurs plus sourdes, plus constantes, ayant surtout leur siège au niveau de la cicatrice ; enfin, dans quelques faits, à ces phénomènes douloureux s'ajoutent un ictère plus ou moins accusé et même des poussées fébriles plus ou moins accentuées.

L'interprétation de ces récidives est quelquefois assez difficile à déterminer : dans quelques cas, l'existence d'une éventration douloureuse ou bien l'expulsion de calculs par les selles expliquent leur véritable origine ; mais, à côté de ces cas, il en est d'autres où il est impossible de savoir si les accidents observés sont dus à un calcul ou s'ils relèvent seulement d'un rétrécissement, d'une coudure des voies biliaires ou simplement d'adhérences péritonéales. Lorsqu'il existe de la fièvre et de l'ictère, il faut admettre une nouvelle poussée d'angiocholite ; mais cette angiocholite est-elle indépendante de toute obstruction biliaire ou reconnaît-elle à son origine quelque trouble dans l'écoulement de la bile : sans opération, il est le plus souvent impossible de faire le moindre diagnostic à ce sujet.

Dans les statistiques que j'ai réunies à la fin de ce travail, j'ai groupé les résultats éloignés obtenus par différents auteurs, en tenant compte à la fois des lésions rencontrées et du procédé employé. On trouvera spécifié, dans chaque cas particulier, la cause des insuccès opératoires. Je ne saurais donc entrer ici dans le détail de ces faits et je me bornerai à donner les impressions générales qui se dégagent de leur étude. Qu'il s'agisse, en effet, de douleurs dues à des adhérences, à des poussées d'angiocholite ou à un rétrécissement secondaire des voies biliaires, la pathogénie de ces accidents me paraît univoque. Ils reconnaissent presque toujours une opération insuffisante ou incomplète. Il est incontestable que c'est la cholécystostomie ou la cholédocotomie avec suture qui leur donnent le plus souvent naissance. Avec les opérations radicales et le drainage des voies biliaires leur apparition, est beaucoup moins à redouter.

Si on considère, à ce sujet, des statistiques générales telles que celles de Kehr, on voit, en effet, que sous l'influence d'une thérapeutique mieux comprise, la fréquence de ces fausses récidives a beaucoup diminué dans ces dernières années.

En 1905, dans une étude comparative des résultats éloignés qu'il avait obtenus dans ses 500 premières opérations et dans les 500 dernières, après avoir éliminé 150 cas trop récents, qu'il était impossible d'utiliser à ce moment, il faisait remarquer que, depuis qu'il avait recouru à la cholécystectomie et au drainage de l'hépatique, le nombre des accidents dus à des adhérences était tombé de 17 à 5 pour 100. Ce chiffre est certainement

encore très élevé, mais il faut bien dire que, chez la moitié des malades où l'on a noté la persistance d'accidents, il s'agissait de cas complexes, dans lesquels on avait dû faire, en même temps qu'une intervention sur les voies biliaires, soit une appendicectomie, soit une gastro-entéro-anastomose, soit encore une pyloroplastie.

David incrimine également la cholécystostomie et d'après les résultats qu'il a obtenus, il dit que dans 17 à 20 pour 100 des cas, elle n'amène pas la guérison complète. Dans un récent travail, Mack recherchant toutes les cholécystostomies faites à la clinique d'Heidelberg, de 1901 à 1906, arrive aux conclusions suivantes : sur 124 malades, qui présentaient de la lithiasé vésiculaire, il y en a 79 seulement qui peuvent être considérés comme complètement guéris (soit 57, 7 pour 100) ; 16 ont présenté des coliques hépatiques avec ictère (11, 7 pour 100) ; 31 ont continué à avoir des crises de coliques hépatiques sans ictère (22, 6 pour 100). Chez 25 malades (18 pour 100) les douleurs paraissaient liées à l'existence d'adhérences.

Je cite ces deux derniers auteurs parce que je n'ai pu me procurer leurs statistiques assez tôt pour pouvoir établir sur eux les bases de ce travail. Elles sont, d'ailleurs, tout à fait superposables aux statistiques de Kocher, de Körte, de Kümmel, de Garré, etc, qui se trouvent à la fin de ma thèse.

La conclusion s'impose. Chez les lithiasiques opérés, de même que la récurrence ou la persistance de calculs, le retour de phénomènes douloureux ou l'apparition de nouvelles coliques hépatiques sont le résultat d'une

opération incomplète ou insuffisante. Incomplète, quand on s'est borné à fistuliser la vésicule à la paroi sans faire une exploration des voies biliaires ; insuffisante, quand on a suturé les voies biliaires, sans en faire le drainage, ou qu'on s'est contenté de drainer plus ou moins longtemps une vésicule dont les altérations indiquaient la cholécystectomie.

Sans doute, la cholécystectomie ne met pas sûrement à l'abri de ces fausses récurrences. Mais elles sont certainement bien moins fréquentes qu'après la cholécystostomie. Körte, sur 120 résections de la vésicule avec ou sans drainage de l'hépatique, ne compte que 6 ou 7 fois la persistance des phénomènes douloureux. Garré, après 21 cholécystectomies, ne constate que 4 fois le retour de douleurs, tandis qu'après 42 cholécystostomies, avec ou sans suture, la proportion de récurrence est double. Sur les 30 malades de Kocher traités par la cholécystectomie, on trouve seulement une fois des douleurs persistantes, tandis que sur ses 50 cholécystostomies ou tailles idéales, il y en a 9 cas. Les résultats de Kümmel, ceux d'Hartmann, sont absolument comparables : Je n'insiste pas davantage.

On pourrait s'étonner, *à priori*, qu'après la résection de la vésicule, il y ait encore un nombre aussi élevé de récurrences. Comment faut-il donc les expliquer ?

Lorsqu'on se reporte aux faits qui ont été publiés et qu'on lit attentivement les observations auxquelles elles se rapportent, on voit que ces récurrences concernent le plus souvent des malades profondément infectés et chez lesquels les lésions vésiculaires ou périvésiculaires étaient très marquées. Beaucoup de chirurgiens

ont noté, immédiatement après l'intervention, les conditions défavorables dans lesquelles était faite l'opération; une intervention plus précoce pouvait seule donner de meilleurs résultats éloignés.

Dans d'autres cas, la cholécystectomie incomplète explique la récurrence : le canal cystique conservé a reconstitué une nouvelle vésicule, qui est devenue le siège de nouvelles poussées inflammatoires et d'accidents douloureux.

Dans un troisième groupe de faits, c'est dans l'état des voies biliaires profondes qu'il faut chercher les raisons d'être de ces insuccès. Malgré le drainage prolongé de l'hépatique, il est quelquefois bien difficile d'obtenir la disparition complète d'une lithiasse intra-hépatique et de se mettre à l'abri d'une récurrence. Il faut même ajouter ici que, sans qu'il existe des calculs dans le foie, l'opération trop tardive ne peut toujours faire disparaître l'infection profonde qui sommeille dans les canaux biliaires et ceci nous explique qu'après avoir paru un instant se relever de cet état, le malade succombe brusquement avec des signes d'ictère grave (Hartmann). Enfin, dans certains cas, où l'on arrive à faire disparaître complètement l'infection des voies biliaires, l'existence des lésions du parenchyme hépatique explique la possibilité de nouveaux accidents.

3° Eventrations. — Je n'ajouterai qu'un mot au sujet des éventrations.

Beaucoup de chirurgiens ne signalent que les cas où cette complication a donné lieu à des phénomènes

douloureux ; d'autres n'indiquent ni l'incision, ni le procédé de fermeture de la paroi, auxquels ils ont eu recours. Dans ces conditions, il est donc bien difficile de déterminer leur fréquence ou leurs causes.

En 1905, Kehr faisait remarquer à ce sujet que le nombre des éventrations, qui était de 7 pour 100 chez ses 400 premiers opérés, était tombé à 3 pour 100. Il disait ne les avoir jamais observées qu'après des opérations où l'infection des voies biliaires avait nécessité un gros drainage, ou que chez des malades qui ont voulu reprendre leur travail trop tôt après la cicatrisation de leur paroi. Plus récemment, il a confirmé ces données et, pour ce motif, il se déclare toujours partisan de son incision ondulée, à laquelle il préfère pourtant l'incision de Czerny dans les opérations itératives.

A la clinique d'Heidelberg, les éventrations atteignaient autrefois un total de 15 pour 100 (Petersen) ; mais depuis qu'on a substitué les incisions longitudinales aux incisions transversales, cette proportion est tombée à 7 pour 100 (Schott). Ces éventrations seraient, d'ailleurs, beaucoup plus fréquentes après les interventions sur le cholédoque qu'après les cholécystostomies. C'est la cholécystectomie qui est suivie de la meilleure reconstitution de la paroi. Ajoutons enfin que, dans ces dernières années, Czerny, et après lui Narath, sont devenus partisans de l'incision de Kehr. Garré, sur ses 130 interventions, ne compte que 6 éventrations ; Kocher, 2 pour 100, etc., etc. D'une façon générale, il semble bien que la substitution à peu près universelle des sutures à étages aux sutures en masse de la paroi,

joue un grand rôle dans la diminution de ces accidents.

Il ne faudrait pas, d'ailleurs, prétexter de la fréquence de cette complication pour diminuer la valeur de l'intervention, car, dans les nombreuses observations que j'ai recueillies, je n'en ai pas trouvé une seule où l'on ait été obligé de faire la cure chirurgicale de cette éventration. Le bandage a toujours suffi à amener la disparition des troubles observés.

CHAPITRE VII

LES DEUX OPÉRATIONS DE CHOIX DANS LA LITHIASÉ BILIAIRE :
CHOLÉCYSTECTOMIE ET DRAINAGE DE L'HÉPATIQUE
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
SUR LA TECHNIQUE DE CES INTERVENTIONS

Les considérations étiologiques que j'ai rappelées au début de ce travail ; les notions anatomo-cliniques que j'ai brièvement indiquées dans les chapitres, consacrés à la lithiasé vésiculaire ou cholédocienne, comportent un certain nombre de déductions thérapeutiques, sur lesquelles j'ai déjà eu l'occasion d'insister plusieurs fois, mais qu'il me paraît nécessaire de grouper maintenant. C'est de leur stricte observation que me semblent surtout devoir dépendre les résultats immédiats ou éloignés de l'intervention. Aussi, je leur consacrerai quelques développements.

A un point de vue général, la cholélithiasé réalise deux types anatomo-cliniques très différents :

La cholécystite calculeuse ;

La cholécystite avec angiocholite.

Dans le premier cas, les accidents ont pour seul terrain la vésicule biliaire ; dans le second, l'infection diffuse occupe à la fois le réservoir et les canaux de la bile. La thérapeutique doit s'inspirer de ces données anatomo-pathologiques et c'est pour n'en avoir pas

tenu compte que pendant longtemps, elle n'a pas donné plus de succès.

Je ne reviendrai pas sur les indications exceptionnelles de la cholécystostomie ou des autres opérations, plus ou moins compliquées, qui peuvent être pratiquées dans la lithiasé biliaire. De même, j'ai suffisamment insisté sur les avantages de la cholécystectomie et du drainage de l'hépatique. J'en ai donné, à différentes reprises, les indications et les contre-indications. De tout ce que j'ai dit, il résulte bien que ce sont les deux interventions de choix dans le traitement de la lithiasé biliaire. Si l'on fait abstraction de quelques cas d'urgence dans lesquels la gravité de l'état général du malade inspire quelquefois une intervention rapide, telle qu'une simple cholécystostomie ; si l'on exclut aussi quelques cas tout à fait rares, où il existe des complications qui nécessitent une intervention spéciale on voit que le traitement chirurgical de la lithiasé peut se ramener à ces deux opérations principales.

Dans le cours des deux chapitres qui précèdent, j'ai eu l'occasion de dire que la cholécystectomie et le drainage de l'hépatique avaient eu, jusqu'à présent, une mortalité générale plus élevée que la simple cholécystostomie. J'ai montré, d'autre part, que les résultats éloignés pour être bien supérieurs à ceux de la taille vésiculaire n'avaient pas toujours été aussi bons qu'on aurait pu l'espérer. Dans les nombreux faits que j'ai recueillis, il m'a paru incontestable que cela tenait souvent à des fautes de technique. Aussi, il me paraît indispensable de préciser maintenant certains détails de leur exécution.

Préparatifs de l'opération. — Les chirurgiens qui se sont spécialisés dans la chirurgie du foie et des voies biliaires ont insisté depuis longtemps sur les différentes particularités de technique auxquels l'opérateur doit avoir recours. Dans leurs communications orales ou dans leurs livres, on trouve même tous ces détails décrits avec une certaine complaisance. La préparation de l'état psychique du malade, aussi bien que celle de son abdomen, la mise en état de la salle d'opérations, la stérilisation des mains de l'opérateur ou de ses aides, celle des instruments et du matériel à suture y sont longuement étudiés.

Mais, en réalité, la plupart de ces préparatifs sont ceux de toute laparotomie, et nous ne saurions y insister ici.

Dans tous les cas où l'intervention n'est pas pratiquée d'urgence (angiocholite suppurée, occlusion intestinale, péritonite par perforation), la veille et l'avant-veille, le malade sera baigné. S'il n'y a pas de contre-indication spéciale, on donnera la veille deux cuillerées d'huile de ricin : en outre, chez les femmes à entéroptose dont le cœcum et le côlon sont encombrés de scybales, il faudra recourir aux grands lavements d'eau savonneuse chaude et d'huile.

Kehr et Körte attachent une grande importance à la vacuité du tube digestif au moment de l'intervention, et pour l'obtenir, aux moyens précités il en ajoutent encore d'autres, qui ne seront naturellement employés qu'autant que l'état des malades le permettra.

Pendant les deux jours qui précèdent l'opération, le chirurgien d'Halberstadt ne donne à ses malades que

des aliments liquides : potages avec des œufs, café, thé, lait, etc., et il fait, en outre, plusieurs lavages de l'estomac. Le dernier est fait la veille au soir et, à partir de ce moment le malade ne prend d'abord qu'un peu d'eau ou de lait, puis, dans les six dernières heures avant l'opération, il observe la diète la plus rigoureuse. Körte, au contraire, ne fait le lavage de l'estomac que s'il existe de la dilatation ou que le malade vomit. La veille de l'opération, il administre, par contre, deux petites cuillerées de bismuth, ce qui a l'avantage de rétracter l'intestin.

Witzel, Moynihan, Mayo Robson attachent une grande importance aux soins de la cavité buccale. Avant l'opération, ils veillent à ce que tous les chicots soient arrachés; et dans les jours qui précèdent ou qui suivent l'intervention, ils font laver la bouche et brosser les dents de leurs malades avec des solutions antiseptiques.

Enfin, il faut examiner soigneusement l'état du cœur et des organes de la respiration. Lorsqu'il y a de la bronchite, il faut attendre pour opérer que les signes en aient disparu; lorsque le cœur est faible et que le pouls est rapide, Kehr donne du strophantus et de l'alcool; Moynihan, de la digitaline ou de la strychnine. Enfin, chez les alcooliques, il ne faut pas interrompre l'administration de l'alcool.

Tels sont, brièvement exposés, les différents soins qu'il faut apporter dans la préparation du malade, toutes les fois que la situation l'autorise. Mais, lorsque l'état général est mauvais, et que le malade est affaibli ou cachectique, avant d'intervenir, il faut s'occuper

au contraire, de relever ses forces par une alimentation substantielle, et si la nourriture ne peut être prise par la voie buccale, on aura recours aux lavements alimentaires et aux injections de sérum, aux toniques généraux qui permettront au malade de résister au *shock opératoire*.

Chez les ictériques qui ont des lésions de grattage, Körte appliqué sur les téguments une pâte ou une huile à l'oxyde de zinc, mais chez de tels malades, il faut surtout se préoccuper des hémorragies qui compliquent si souvent l'opération et qui en compromettent le résultat. A cet effet, Boggs a préconisé l'emploi du lactate de chaux, Wright lui préfère le chlorure de calcium. Mayo Robson, Silvestri, Rolleston et Dawson, Boas, Moynihan ont contribué à répandre l'emploi de ce dernier médicament. En Allemagne, Körte et Kehr l'administrent d'une façon systématique. Nous ne l'avons pas vu employer ici; aussi nous n'avons aucune expérience à ce sujet. Pour Kehr, c'est le moyen hémostatique le plus sûr chez les hépatiques, à condition de le donner à de très fortes doses; à la clinique d'Halberstadt, pendant les trois jours qui précèdent l'intervention on donne au malade trois lavements avec 3 gr. 6 de chlorure de calcium pour chaque. Lorsque le médicament est administré par la voie buccale, on se contente de trois doses de 1 gr. 8 chacune. Après l'opération, on en continue l'emploi sous forme de lavements, jusqu'à ce que tout danger d'hémorragie secondaire ait disparu.

Plus récemment, Keen, s'inspirant des résultats obtenus par Taylor chez des hémophiles par l'emploi de

l'iodothyrene, a préconisé ce médicament chez les ictériques en instance d'opération.

Kaposi a recommandé l'emploi des injections sous-cutanées d'une solution de gélatine à 2 pour 100; et c'est évidemment à cette méthode que l'on aura recours, si l'administration du chlorure de calcium donne des accidents. Il n'y a, d'ailleurs, aucun inconvénient à l'association de ces deux médicaments chez le même malade.

Dans des recherches récentes enfin, Weil (de Paris) a montré le rôle hémostatique des injections sous-cutanées de sérum sanguin. Cette méthode n'a pas encore été employée, je crois, chez les cholémiques, mais les résultats qu'elle a donnés dans le traitement de l'hémophilie ne peuvent qu'en justifier l'emploi.

Opération. — Dans toute intervention pour lithiasé qui ne consiste pas seulement à parer à des accidents d'extrême urgence, le chirurgien doit toujours se proposer une exploration complète des voies biliaires.

1° *Position de l'opéré.* — Pour mettre au grand jour les voies biliaires, Rühl et Kelling ont décrit des attitudes plus ou moins compliquées; le premier recommande de mettre le malade à moitié assis; le second obtient l'hyperextension du tronc en mettant la tête plus haute que les pieds et en laissant la portion sous-diaphragmatique du tronc presque verticale. Cunéo et Guillaume-Louis se servent de la table de Guyot avec laquelle on peut obtenir une lordose très marquée.

Mais ces différentes positions sont assez difficiles à

réaliser pratiquement. Il faut donc leur préférer le coussin de Mayo-Robson, dont Lawson paraît être le premier à s'être servi, et qui est actuellement employé par la majorité des chirurgiens. On met le malade dans le décubitus dorsal, en laissant, si l'on veut, les membres inférieurs un peu plus bas que la tête. La région lombaire repose sur un coussin de sable, ou tout autre support suffisamment rigide et volumineux. On détermine ainsi une hyperextension considérable du tronc, dont le résultat est de faire bailler l'espace intermédiaire au foie et au côlon transverse « qui s'ouvre angulairement en avant, comme les feuillets d'un livre ».

2° *Incision.* — Un grand nombre d'incisions ont été proposées pour aborder les voies biliaires. Mais elles peuvent se ramener à deux types principaux : les incisions verticales et les incisions obliques.

Les incisions verticales (médianes, latérales ou transrectales) ont été les premières employées. Mais, depuis qu'on opère en hyperextension du tronc, leur emploi est devenu beaucoup plus restreint, car, dans cette attitude, la paroi antérieure, tendue au maximum, ne permet pas aux deux lèvres de la plaie de s'écarter.

Les incisions obliques, au contraire, donnent beaucoup de jour ; elles comportent, d'ailleurs, un certain nombre de variétés.

Kocher recommande une incision parallèle au rebord costal (fig. 7) mais, dans les cas où le foie est abaissé, il est difficile d'explorer par cette voie la région sous-hépatique. Courvoisier, pour parer à cet inconvénient, a eu l'idée de reporter cette incision au niveau du bord

antérieur du foie. Czerny, pendant longtemps, a fait l'incision en crochet que je fais représenter dans le dessin ci-contre (fig. 8). Elle a l'avantage de donner beaucoup de jour, et pour ce motif, Kehr lui-même y a

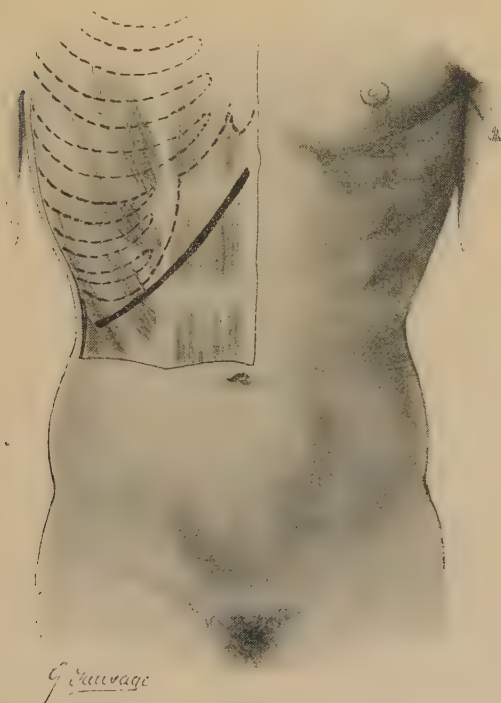


FIG. 7. — Incision de Kocher.

recours assez volontiers dans les opérations itératives. Mais deux incisions me paraissent surtout devoir être employées : celle de Mayo-Robson (fig. 9), et celle de Kehr (fig. 10). L'une et l'autre ont l'avantage de donner un jour énorme sur toutes les voies biliaires

et de permettre une exploration facile de toute leur étendue. La première a pour elle de se limiter à une incision verticale toutes les fois que cela suffi et de ne sectionner les insertions du droit que dans les cas de

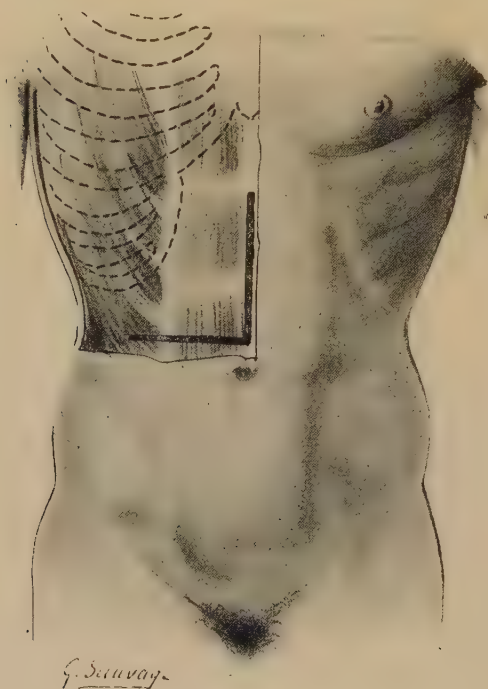


FIG. 8. — Incision de Czerny.

nécessité. Dans la seconde, le tiers externe du muscle droit est conservé intact, ce qui permet une bien meilleure reconstitution de la paroi.

3° *Exploration des voies biliaires.* — Avant d'explorer les voies biliaires, une première manœuvre me

paraît indispensable : il faut chercher toujours à extérioriser le plus possible la glande hépatique et à la luxer hors de l'abdomen, de façon à ce que toutes les manœuvres ultérieures se fassent en dehors de la cavité

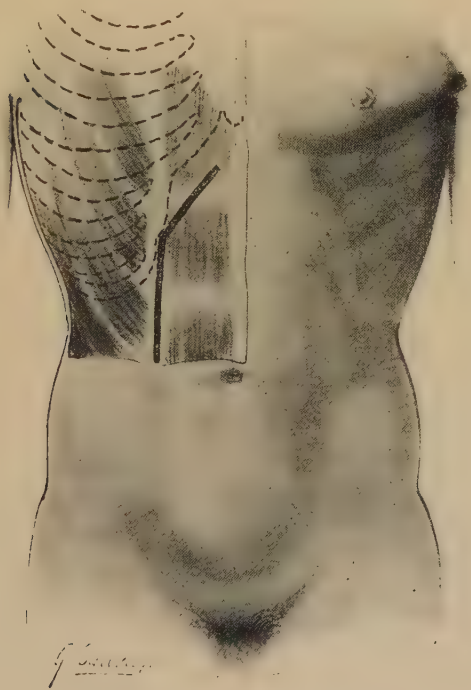


FIG. 9. — Incision de Mayo Robson.

péritonéale. Il est absolument faux de considérer le foie comme un organe fixe et impossible à sortir de l'hypocondre droit. Lorsque l'incision de l'abdomen est suffisante et que le tronc est en bonne hyperextension, rien n'est plus facile, au contraire, que de saisir

le foie par son bord antérieur et de l'amener au dehors. Dans quelques cas, la section du ligament falciforme permet d'arriver beaucoup mieux à ce résultat. En tout cas, je le répète, cette manœuvre est ordinaire-

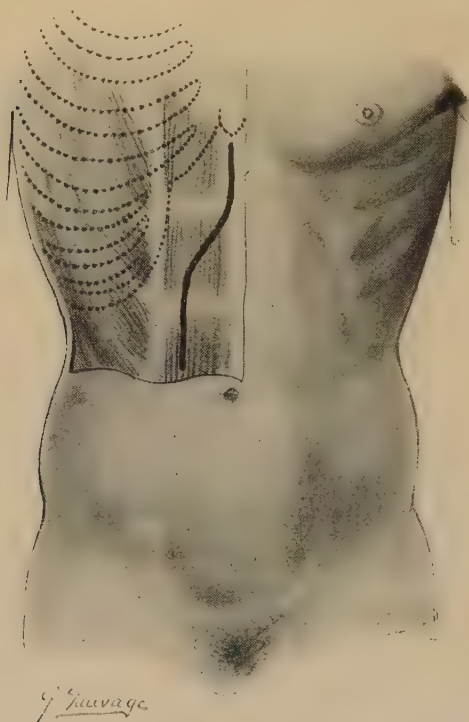


FIG. 10. — Incision de Kehr.

ment facile, et il n'y a guère que chez les malades où il y a beaucoup d'adhérences sous-hépatiques, ou bien encore chez ceux où il existe un gros foie, cirrhotique, qu'il n'est pas possible d'arriver à cette extériorisation. Cette manœuvre employée par Riedel et par Hartmann

est considérée par Kehr comme impossible. Guillaume-Louis estime qu'elle n'est exécutable que chez les femmes à entéroptose marquée, mais ce n'est pas l'impression que j'en ai et je l'ai vue presque toujours employée avec succès par Delore ou par Villard. Moi-même, j'ai pu y arriver très aisément sur le cadavre et je m'en suis servi pour les dessins de cholécystectomie sous-séreuse que je donne un peu plus loin.

Le foie étant luxé au dehors de la plaie et le reste de l'abdomen protégé par des compresses stérilisées, l'exploration des voies biliaires commence. Elle comporte successivement plusieurs temps.

Dans les conditions ordinaires, on examine d'abord l'état de la vésicule et du canal cystique, puis on se sert de ce canal pour arriver au cholédoque dont on parcourt avec le doigt toute la partie accessible. Lorsque la vésicule est noyée au milieu d'adhérences ou qu'elle a été enlevée au cours d'une opération antérieure, il peut être indiqué de se porter directement sur le cholédoque. Pour cela, le meilleur procédé consiste évidemment à rechercher l'hiatus de Winslow, en partant du pylore, qu'il est toujours facile de trouver; puis après avoir mis l'extrémité de l'index gauche dans l'arrière-cavité à explorer le cholédoque avec l'index de l'autre main. Dans les cas où des adhérences ont amené la disparition de l'hiatus de Winslow, il peut être fort avantageux d'effondrer le petit épiploon au niveau de sa *pars flaccida*. On arrive ainsi dans l'arrière-cavité et, dès lors, il est facile de repérer le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique et le cholédoque qui le traverse.

Telle est brièvement résumée, la première exploration qu'il faut toujours faire, avant n'importe quelle opération sur les voies biliaires. Mais, il est bien évident que l'on ne saurait se contenter d'un examen aussi incomplet. Par ce moyen, toute la partie du cholédoque qui est située en arrière du cholédoque échappe à notre exploration. Dans tous les cas, où l'on a des doutes sur l'existence des calculs du cholédoque, il faut donc recourir au cathétérisme de ce conduit pour nous assurer de sa perméabilité.

Je n'insiste pas ici sur la technique de ce cathétérisme. On sait que dans la majorité des cas, il est impossible, par la seule incision vésiculaire, de faire arriver une sonde jusque dans le cholédoque. Pour faire cet examen, il faut inciser directement le canal, ou bien profiter de l'orifice de section du cystique pour introduire la sonde. Je répète que c'est là un des avantages de la cholécystectomie.

Cette exploration instrumentale et digitale des voies biliaires permet dans la majorité des cas, de reconnaître s'il existe encore un obstacle au cours normal de la bile. Pour l'exploration de la portion sus-duodénale du cholédoque, en particulier, il est rare qu'avec le doigt et la sonde on puisse méconnaître l'existence d'un calcul. Mais pour les portions rétro-duodénale et rétro-pancréatique, le cathéter passe quelquefois à côté d'un calcul, sans donner lieu à la moindre sensation anormale. Kehr, Terrier, Lejars et Quénu ont cité des faits de ce genre. Il faut être prévenu de leur existence, car, s'il persiste le moindre doute, il faut absolument faire le décollement du duodénum de façon à compléter

cette exploration (fig. 11 et 12). Enfin, et après avoir utilisé tous ces procédés on aura recours à la duodénotomie. J'ai déjà fait valoir, à propos du traitement des calculs du cholédoque les avantages du décollement

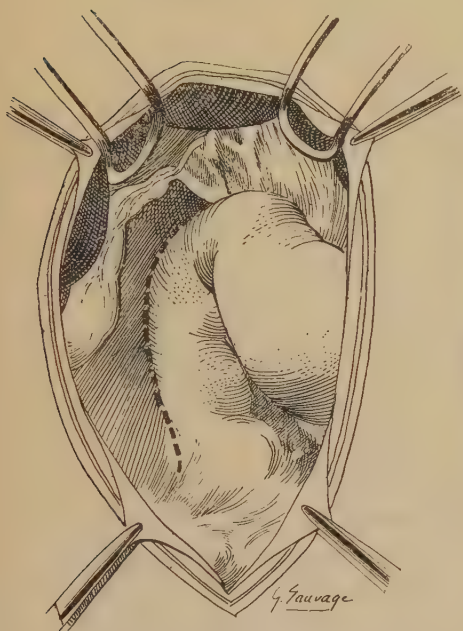


FIG. 11 (d'après Desjardins). — Ligne d'incision pour le décollement du duodénum.

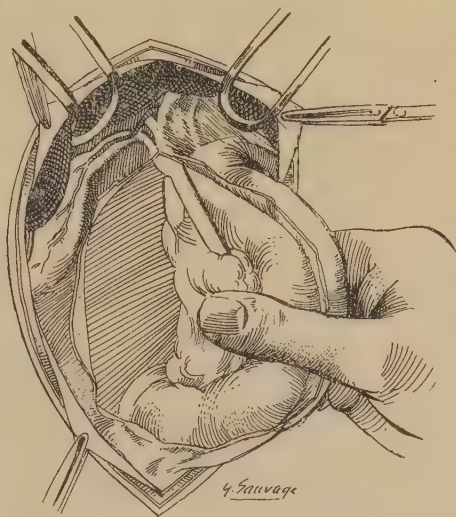


FIG. 12 (d'après Desjardins). — Le cholédoque rétro-duodénal et rétro-pancréatique après le décollement.

sur l'incision du duodénum. Je ne saurais donc y revenir ici.

4° *Cholécystectomie sous-séreuse*. — Dans le cours des chapitres qui précèdent, je me suis longuement expliqué sur la nécessité d'enlever la vésicule non seulement dans les cholécystites calculeuses, mais encore dans la lithiase du cholédoque. J'ai montré que

c'était le seul moyen de mettre le malade à l'abri d'une récidive. Mais comment faut-il faire cette cholécystectomie ?

Dans une étude de technique aussi restreinte que celle que je me suis proposé de faire, je ne saurais décrire tous les procédés auxquels on a eu recours pour faire cette opération. Quelques chirurgiens commencent leur intervention par l'ablation de la vésicule ; d'autres, au contraire, préfèrent conserver cet organe pour arriver plus facilement sur le cholédoque. Les uns amorcent sa libération au niveau du canal cystique ; les autres, au contraire, l'abordent par le fond. Je ne veux pas entrer dans le détail de ces différentes manœuvres. Par contre, je crois utile d'insister sur un procédé qui est très en faveur ici : j'ai nommé la cholécystectomie sous-séreuse.

En 1899, mon maître, M. le professeur A. Poncet, décrivit dans la résection de l'appendice, une méthode qui consiste à profiter de la zone décollable qui existe entre la séreuse de cet organe et sa tunique musculieuse pour faire la libération de cet intestin, et dans les thèses ou les travaux de plusieurs de ses élèves (Vignard, Delore, Poncin, Thévenot, etc.), il a montré le parti qu'on peut tirer de cette décortication sous-séreuse.

Au niveau de la vésicule, cette méthode semble avoir été d'abord employée par Doyen, Villard, Delore, Tixier, Gouilloud y ont ensuite eu recours. Elle a fait, il y a quatre ans, l'objet d'une discussion importante à la Société de Chirurgie de Lyon. Depuis, Witzel et Bramann, en Allemagne, Mayo Robson et Moynihan, en Angleterre, s'y sont également ralliés.

Enfin, Buffé, dans une thèse récente, a publié un certain nombre d'observations, dues à M. Tixier.

On sait en quoi consiste essentiellement cette cholécystectomie sous-séreuse ; il me paraît donc inutile d'en décrire complètement la technique. Je rappelle seulement que pour faciliter les différentes manœuvres de son exécution, il est préférable de dégager d'abord la séreuse péritonéale au niveau du collet de la vésicule où le péritoine est beaucoup plus facilement décollable.

Après avoir amorcé ce décollement, on incise la séreuse péritonéale sur toute l'étendue de la face inférieure du cholécyste. Tout le long de cette incision longitudinale et successivement, on libère le corps de la vésicule, puis son col et son pédicule cystique. Toutes ces manœuvres qu'on peut faire, soit avec un tampon, soit avec l'extrémité mousse de ciseaux courbes ne s'accompagnent d'aucune hémorragie, car la partie principale de l'artère cystique est réclinée avec le lambeau péritonéal.

Les deux lambeaux ainsi obtenus sont disséqués jusqu'à leur réflexion sur la face inférieure du foie. J'ajoute cependant que, du côté du fond de l'organe, la séreuse, beaucoup plus adhérente, est impossible à décoller ; il faut à ce niveau sectionner franchement le péritoine en faisant une incision demi-circulaire, passant à un centimètre au-dessous du pôle de la vésicule. Du côté du canal cystique, on peut en prolongeant l'incision sur le feuillet antérieur du petit épiploon, arriver jusqu'au niveau du cholédoque.

Sur le cadavre qui m'a servi à faire les clichés que je représente un peu plus loin, l'injection au formol

avait tellement rétracté le tissu cellulaire sous-péritonéal, que j'ai dû prolonger mon incision très loin de ce côté. Mais sur le vivant, les conditions anatomiques sont tout autres; le cystique, à sa terminaison, et le cholédoque sont en quelque sorte entourés d'une véritable gaine celluleuse, dont une simple traction sur la vésicule suffit à les dégager complètement, et il n'est pas besoin de se donner autant de jour de ce côté.

Les manœuvres ultérieures de la cholécystectomie sous-séreuse ne présentent pas de grandes particularités. Après avoir décollé la vésicule de son insertion hépatique, on ponctionnera cet organe pour faire une évacuation aussi aseptique que possible de son contenu. Puis, la bile ou le pus ayant été évacués, on fera une incision sur la face inférieure du cholécyste jusqu'au niveau du canal cystique. Après avoir entouré cet organe d'une compresse de gaze stérilisée, on peut s'en servir comme d'un tracteur sur le cholédoque, ce qui donne de grandes facilités pour faire le cathétérisme des voies biliaires.

La fin de l'opération dépend de cette exploration. Si les voies principales sont reconnues libres il ne reste plus qu'à mettre un fil sur l'artère et à sectionner le canal cystique. Je rappelle que cette section doit se faire au ras du cholédoque, sans quoi, on peut voir une nouvelle vésicule se reconstituer aux dépens du moignon cystique et devenir le point de départ de nouveaux accidents. D'autre part, il faut avoir bien soin de libérer complètement le canal avant de le sectionner, si non on s'exposerait à blesser l'hépatique. C'est un accident qui peut, d'ailleurs, arriver aux chirurgiens

les plus rompus aux opérations sur les voies biliaires et, pour sa part, Kehr, dans ces 3 dernières années, ne l'a pas observé moins de 5 fois.

Quelle conduite faut-il avoir vis-à-vis du moignon cystique ?

J'ai dit, à propos du traitement des cholécystites, que la cholécystectomie idéale ne devait être pratiquée que dans des conditions exceptionnelles. Je crois donc que, à part quelques cas tout à fait rares, et qui me paraissent surtout représentés par certaines hydropisies opérées en dehors de toute poussée infectieuse, il faut mettre un drain, sinon dans l'hépatique, du moins au contact du moignon cystique.

Il faut ensuite se servir des lambeaux péritonéaux qu'on a obtenus par la décortication de la vésicule pour péritoniser la fossette cystique. Cette péritonisation est certainement bien préférable à l'épiplooplastie qu'avaient recommandée Courvoisier et Terrier ; elle permet de faire une véritable exclusion du champ opératoire et de mettre beaucoup plus sûrement la grande cavité péritonéale à l'abri de toute contamination par la bile qui s'échappe des voies biliaires. J'ajoute seulement que dans les cas où l'on craint que ce lambeau péritonéal ne soit pas suffisamment étanche et ne protège pas assez bien le péritoine, il suffit de mettre une simple mèche de sûreté au-dessous de la zone de péritonisation, jusqu'au contact du cholédoque.

La description que je viens de faire de la cholécystectomie sous-séreuse montre suffisamment les avantages de ce procédé pour que je n'insiste pas davantage sur ce point. De même que l'appendicectomie

sous-séreuse, la décortication sous-séreuse de la vésicule, dans les cas où il existe des adhérences nombreuses au niveau de la région sous-hépatique, permet de faire une opération beaucoup plus sûre que la simple cholécystectomie. Elle évite beaucoup plus sûrement la blessure des organes qui adhèrent à ce niveau et qui sont réclinés en même temps que les lambeaux péritonéaux ; dans les opérations idéales, elle a l'avantage de permettre l'enfouissement complet du moignon ; je viens de dire enfin qu'elle réalisait la meilleure péritonisation de la fossette cystique qui puisse être pratiquée, et qu'elle permettait de faire une véritable exclusion du champ opératoire. Pour toutes ces raisons, je crois donc qu'il faut en généraliser l'emploi le plus possible ; et dans tous les cas où elle est praticable et où l'on ne soupçonne pas l'existence d'un néoplasme, il faut lui donner la préférence.

5° *Drainage des voies biliaires.* — Après les nombreux développements que j'ai consacrés au drainage des voies biliaires, il me paraît tout à fait inutile de revenir ici sur cette importante question. J'ai déjà montré les avantages du drainage direct des voies principales sur le drainage par la vésicule. Quelques mots seulement au sujet de sa technique.

A la suite des travaux de Kehr, la plupart des auteurs ont recours maintenant au drainage de l'hépatique au moyen d'une sonde enfoncée dans le conduit et fixée aux lèvres de l'incision cholédocienne. Mais, comment faut-il faire ce drainage ?

Après avoir employé des drains aussi gros que possible, le chirurgien d'Halberstadt préfère mainte-

nant des tubes plus petits, de façon à laisser la bile s'écouler dans l'intestin. Lorsqu'il a fait des manœuvres dans la portion profonde du cholédoque, il fait également glisser un drain de ce côté, en veillant toutefois à ce qu'il n'aille pas jusque dans le duodénum, pour que le contenu de l'intestin ne remonte dans les canaux de la bile. Mais le drainage de l'hépatique ainsi compris ne constitue pas la véritable particularité de sa méthode. Ce qui lui donne avant tout sa caractéristique, c'est la crainte d'oublier des calculs. D'après lui, on ne peut jamais affirmer que toutes les pierres ont été extraites ; il faut donc toujours s'assurer la possibilité de vérifier secondairement l'état des canaux biliaires, en conservant largement béant le foyer opératoire au fond duquel siège l'incision du cholédoque.

A cet effet, Kehr installe autour du drain intra-hépatique un vaste tamponnement qu'il laisse quinze jours en place. Sur la fossette hépatique, on place une première compresse ; deux autres cheminent, l'une au-dessus et l'autre au-dessous du drain : l'une se dirige en haut vers le ligament hépato-duodénal et l'autre aboutit à l'hiatus de Winslow. Une quatrième mèche sert à isoler le duodénum de l'incision cholédocienne.

Lorsqu'on enlève toutes ces compresses, on a sous les yeux un vaste entonnoir qui s'étend entre le foie, l'estomac et le duodénum. En soulevant ces organes avec des écarteurs, on peut rendre accessible la brèche du cholédoque. Par là, Kehr pratique chaque jour des lavages des canaux biliaires, il introduit des pinces et des sondes dans le cholédoque et il lui arrive ainsi

d'enlever souvent des calculs qui ont pu passer inaperçus au moment de l'opération. Mais malgré les nombreuses communications de Kehr à ce sujet, il faut avouer que cette technique a encore fait bien peu d'adeptes et la plupart des chirurgiens n'ont gardé de la méthode que le simple drain dans l'hépatique..

Il est encore difficile, à l'heure actuelle, de savoir si la méthode de Kehr mérite d'être conservée dans toute son intégrité, pour être suivie de bons résultats. Pour ma part, je n'ai pas l'impression que ce vaste tamponnement soit absolument indispensable. Il a l'inconvénient de donner de grandes éventrations; aussi je crois préférable de faire seulement le drainage de l'hépatique et de se servir des lambeaux péritonéaux de la cholécystectomie sous-séreuse pour faire une exclusion péritonéale. Il faut réserver les tamponnement aux opérations d'urgence dans laquelle la gravité du malade empêche de s'assurer complètement de la perméabilité des canaux biliaires; dans ce cas, il y a un intérêt évident à faciliter l'ablation secondaire de calculs qu'il aurait été trop risqué de vouloir enlever au moment même de l'opération.

6° *Hépatopexie*. — Dans la technique de Kehr, un autre point me paraît mériter quelques développements, d'autant plus qu'il est resté à peu près complètement méconnu jusqu'ici.

Lorsqu'on parcourt les opérations faites à la clinique d'Halberstad, on ne peut moins faire que d'être frappé du nombre considérable d'hépatopexies, qui sont, dans bien des cas, le complément de l'intervention. Dans l'idée de l'auteur, cette fixation du foie aurait surtout

pour but de faciliter le drainage des voies biliaires. Elle n'a qu'un rôle temporaire ; aussi, le procédé de fixation employé est très simple ; il consiste seulement à passer trois ou quatre fils dans le parenchyme hépatique et à les fixer au diaphragme.

Bramann est le seul auteur, à ma connaissance, qui ait insisté aussi sur le rôle de cette hépatopexie. Mais le procédé qu'il emploie et qui a été décrit par Haasler est beaucoup plus compliqué. Il consiste essentiellement à se servir des lambeaux péritonéaux qui résultent d'une cholécystectomie sous-séreuse, pour fixer la glande hépatique. A cet effet, il les fait passer à travers la fossette cystique et les fixe à la septième ou huitième côte. Plus récemment, Mariani et Mauclair ont publié des observations de drainage de l'hépatique dans lesquelles ils ont eu également recours à la fixation du foie.

Dans l'étude que, Villard et moi, nous avons faite de l'hydropisie intermittente de la vésicule, nous avons montré les accidents qui pouvaient succéder à l'existence d'un foie flottant et nous avons rapporté des observations où la fixation du foie avait suffi à faire disparaître les phénomènes douloureux observés. Nous avons rappelé les expériences de Steele qui ont mis en évidence, d'une façon indiscutable, l'existence de cette coudure du cholédoque. Je crois donc que la technique pratiquée couramment par Kehr dans le traitement de la lithiase mérite d'être prise en considération. Elle est probablement susceptible d'améliorer les résultats éloignés de l'intervention. Mais, à mon avis, il faut se proposer de faire une fixation aussi com-

plète que possible et s'efforcer d'obtenir des résultats définitifs.

Je ne saurais évidemment entrer ici dans le détail de tous les procédés d'hépatopexie qui ont été préconisés. Mais, puisque dans les différentes incisions qui découvrent les voies biliaires on peut être amené à sectionner le ligament falciforme, il me paraît tout à fait rationnel de se servir du bout hépatique de ce ligament pour fixer le foie. Cette méthode, employée par Jaboulay, a eu, entre ses mains, quelques bons résultats. Elle n'a pas encore été suffisamment employée pour qu'on puisse en donner la valeur ; mais, elle me paraît bien préférable à tous les procédés de simple transfixion du foie, et elle a sur eux l'avantage de ne pas déterminer de ces hémorragies toujours à redouter sur de tels malades.

Suites opératoires. — Après une intervention sur les voies biliaires, le lithiasique doit être traité comme tout malade ayant subi une laparotomie. Je ne saurais donc insister ici sur tous les soins généraux dont il faut entourer l'opéré. Diète absolue jusqu'à ce que les vomissements produits par l'anesthésie aient complètement disparu ; injections de sérum, caféine, strychnine, suivant l'état de shock plus ou moins considérable : il n'y a, dans toutes ces prescriptions, absolument rien de spécial aux opérations sur les voies biliaires.

Nous avons vu tout à l'heure qu'un certain nombre de complications pouvaient se produire après l'intervention ; il nous reste maintenant à en étudier le traitement.

Si les vomissements persistent plus de vingt-quatre heures, Kehr et Körte recourent immédiatement aux lavages de l'estomac. Les hématomèses post-opératoires doivent être traitées de la même façon.

Contre le collapsus cardiaque, il faut recourir aux différents toniques du cœur et aux injections de sérum.

Pour prévenir les complications pulmonaires, on aura soin de réaliser autant que possible le nettoyage de la cavité buccale. Moynihan recommande dans le même but de ne pas donner de morphine aux opérés et, lorsque les douleurs sont trop violentes, il préfère l'aspirine. Dès qu'on le peut, il faut faire asseoir le malade sur son lit et lui recommander de faire des exercices de gymnastique respiratoire (Witzel).

Mais de tous les accidents le plus redoutable est certainement l'apparition d'hémorragies cholémiques par la plaie. J'ai déjà décrit tout à l'heure les moyens qui devront être employés dans ce cas. Ajoutons seulement ici le tamponnement avec des mèches de gaze imbibées de gélatine.

Quant aux soins consécutifs à donner du côté de la plaie, Körte enlève les mèches le sixième jour et le drain le dixième ; Kehr enlève le tout le quatorzième jour, et c'est à ce moment qu'il commence les lavages de l'hépatique avec du sérum chauffé. La plupart des chirurgiens, ainsi que je l'ai dit, ne recourent à ces lavages que si la bile s'écoule mal par le drain ou qu'elle renferme de la boue. Le drain doit être laissé en place jusqu'à ce que la bile soit tout à fait claire et qu'il n'y ait plus de température ; il ne faut pas laisser

la plaie se fermer avant d'être sûr que l'infection est complètement éteinte.

Pendant toute la durée de l'écoulement biliaire, les chirurgiens allemands font prendre tous les jours, à leurs malades, une cuillerée de sel de Carlsbad dans un verre d'eau chaude.

Ajoutons enfin que lorsque le malade est guéri de son opération, il doit encore pendant quelque temps observer certaines règles de régime et continuer le traitement hydro-thermal de la lithiase. Il ne faut pas oublier, en effet, que la cellule hépatique peut avoir été plus ou moins touchée par l'infection ; aussi, toutes les fois que la chose est possible, il faut recommander au malade de faire tous les ans une saison à Vichy ou à Carlsbad.

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE



PLANCHE I. — Incision de Kehr. Le ligament falciforme a été sectionné; ses deux extrémités sont fixées par une pince hémostatique. Extériorisation de la vésicule biliaire. Dans le bas de la plaie, on voit l'angle du duodénum et le côlon ascendant.

Cette figure ainsi que les suivantes ont été faites d'après photographie, sur le cadavre d'une vieille femme, qui avait un gros calcul dans la vésicule biliaire. Il s'agit d'un sujet injecté au formol; en outre, il existait une péritonite sus-hépatique qui gênait considérablement les manœuvres d'extériorisation. On voit cependant que le bord du foie dépasse de beaucoup le plan de l'incision cutanée. La disposition de la salle, dans laquelle ces clichés ont été pris, m'a obligé à disposer l'appareil sur le côté gauche du sujet et non du côté des membres inférieurs, ce qui explique certains détails de la perspective.

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE

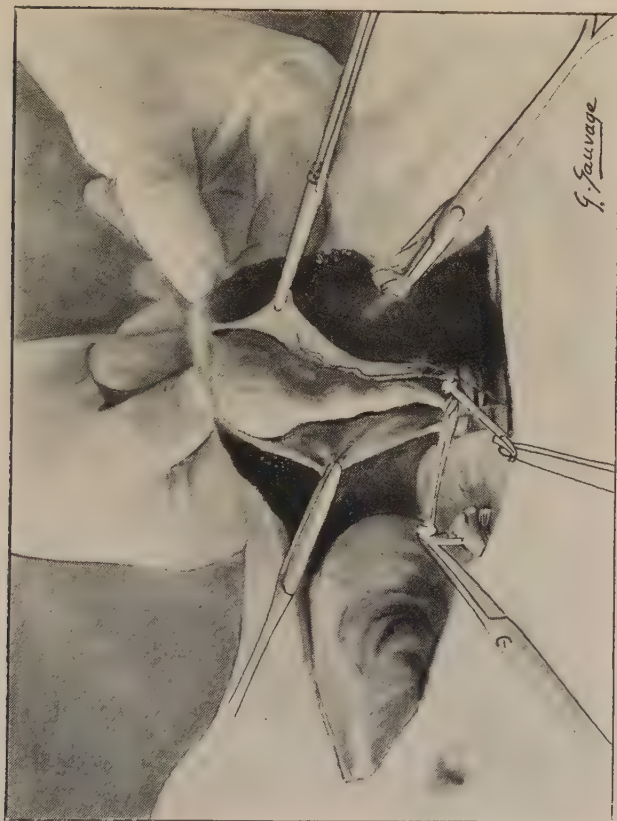


PLANCHE II. — Dissection des lambeaux péritonéaux. Sur le lambeau supérieur on voit ramper le tronc de l'artère cystique.

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SEREUSE

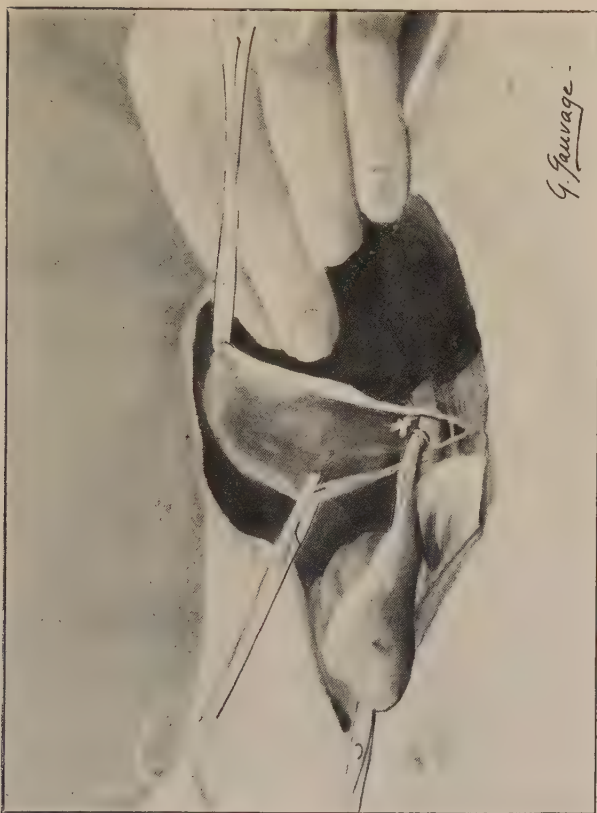


PLANCHE III. — La décortication sous-séreuse de la vésicule est achevée. Le cholécyste est rabattu sur le côlon; l'artère cystique liée à son origine. Avant de mettre un fil sur le canal cystique, il faudrait ponctionner la vésicule, l'inciser, la vider et enfin explorer par le cystique la perméabilité des voies principales.

J'ai déjà dit que l'injection du sujet au formol, en rétractant le tissu cellulaire, m'avait obligé à prolonger l'incision du péritoine jusque sur le feuillet antérieur du petit épiploon.

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE

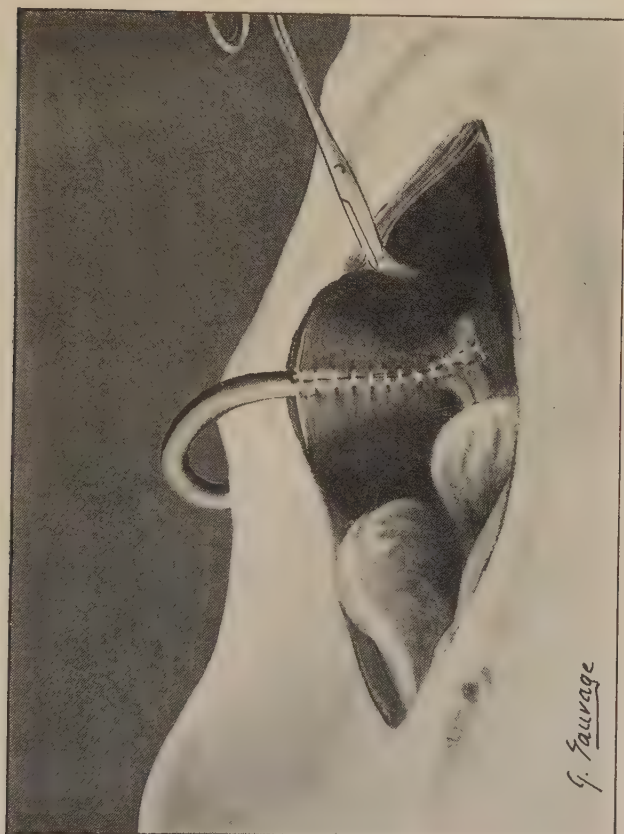


PLANCHE IV. — Péritonisation de la fossette cystique. Drainage de l'hépatique et exclusion du champ opératoire par la suture des deux lambeaux péritonéaux.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES COMPLICATIONS DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

CHAPITRE PREMIER

COMPLICATIONS INTRA-HÉPATIQUES DE LA LITHIASÉ

L'angiocholite, qui accompagne toujours la lithiasé biliaire, est le plus souvent d'ordre banal, et ne se traduit, anatomiquement, que par une inflammation catarrhale des canaux biliaires. Mais, à côté de ces faits, il en est d'autres, où l'infection revêt une telle intensité, qu'elle détermine, primitivement ou secondairement, des lésions suppuratives au niveau du parenchyme hépatique. Cette angiocholite suppurée donne habituellement naissance à la formation de petits abcès miliaires disséminés dans tout le foie ; dans quelques cas exceptionnels cependant, on voit de véritables collections intra-hépatiques, analogues à celles de l'infection dysentérique, succéder à la lithiasé biliaire.

Dans d'autres faits l'angiocholite, au lieu de rester catarrhale, atteint plus profondément les canaux de la bile. Elle provoque souvent l'ulcération ou la desquamation

de leurs parois, d'où l'apparition, dans quelques cas, de rétrécissements intrinsèques, qui expliquent plus d'un insuccès dans la thérapeutique de la lithiasie.

Dans l'étude du traitement chirurgical des complications intra-hépatiques de la lithiasie, je laisserai de côté tout ce qui concerne le traitement de l'angiocholite calculeuse, sur laquelle j'ai suffisamment insisté dans les chapitres qui précèdent. Je m'occuperai donc exclusivement des abcès du foie et des rétrécissements des voies biliaires, qui reconnaissent une origine lithiasique. Je passerai également sous silence tout ce qui concerne les pyléphlébites ou la cirrhose biliaire, car elles représentent les étapes ultimes d'une infection, qu'on ne peut enrayer que par une intervention plus précoce, et contre lesquelles nous sommes complètement désarmés.

I. — ABCÈS DU FOIE

Les angiocholites calculeuses ne provoquent que rarement des collections de gros volume. Sur un total de 42 cas de suppuration hépatique cependant, Körte aurait eu l'occasion d'en observer 11 exemples. Il s'agissait 8 fois d'abcès uniloculaires et 3 fois seulement d'abcès multiples. Von Bardeleben en a publié 3 cas et Michon en a opéré un autre.

Au point de vue étiologique, plusieurs voies sont ouvertes à l'infection pour gagner le parenchyme hépatique. C'est d'abord : la simple propagation par contiguïté des collections vésiculaires dans le lobe droit

de la glande hépatique. Körte compte 5 observations de ce genre : dans 3 cas, il y avait des calculs à l'intérieur de l'abcès.

Dans les autres cas, il s'agit de suppurations consécutives à une angiocholite ou à une pyléphlébite. Il s'agit le plus souvent, dans ce cas, de foyers disséminés; mais la chose n'est pas absolument fatale. Enfin, on peut voir de petites collections se confondre peu à peu en une seule et se présenter finalement avec tous les caractères d'un véritable abcès du foie.

Les symptômes de ces suppurations ne présentent aucune particularité et je ne saurais y insister ici. Tantôt elles ont une évolution purement locale; d'autres fois, au contraire, elle vont s'ouvrir soit à l'extérieur, soit dans le péritoine, soit dans les organes voisins. Körte a signalé deux cas d'ouverture dans le poumon où il intervint avec succès. Plus souvent, c'est vers le péritoine que le pus évolue et il provoque, suivant les circonstances, soit une péritonite enkystée, soit une péritonite généralisée. Je reviendrai un peu plus loin sur ces faits.

En présence d'un lithiasique, atteint d'abcès du foie, il est bien évident que la seule thérapeutique, c'est l'intervention chirurgicale à bref délai. Je ne reviens pas ici sur les difficultés du diagnostic de l'affection ou même du siège de l'abcès. Il n'y a là aucune particularité, qui mérite d'être signalée.

Au point de vue chirurgical, on abordera la collection soit par la voie abdominale, soit par la voie thoracique. L'une et l'autre de ces voies d'abord ont leurs indications suivant le siège de l'abcès. Je rappelle

seulement le danger des ponctions exploratrices faites aveuglément à travers la paroi abdominale. Il est certainement bien préférable actuellement de commencer par l'incision des parois et de faire, sous le contrôle de la vue, toutes les recherches destinées à découvrir le siège de la collection.

Presque tous les chirurgiens ont abandonné aujourd'hui l'ouverture en deux temps de ces abcès. Le foyer de la suppuration étant donc repéré, il faudra immédiatement recourir à l'incision, au tamponnement et au drainage de la poche. Si la vésicule renferme du pus, il faudra en faire le drainage immédiat, mais on ne saurait aller plus loin pour le moment et, s'il existe des indications à intervenir sur les voies principales, j'estime qu'on ne devra les remplir qu'après avoir relevé l'état général du malade.

Le pronostic des abcès du foie d'origine lithiasique semble beaucoup moins fatal qu'on serait tenté de le croire tout d'abord. Il dépend, d'ailleurs, essentiellement, de la variété des abcès en présence desquels on se trouve. Les abcès angiocholitiques disséminés conservent leur gravité habituelle. Dans trois cas, où il est intervenu, Körte a eu trois succès. Wilms, cependant, a publié récemment (*Münchn. med. Wochens.* 1902) l'observation d'un malade qu'il a guéri par l'incision. Les abcès uniloculaires, au contraire, ont un pronostic beaucoup plus favorable et, sur les huit cas qu'il a opérés, Körte compte huit guérisons. Von Bardeleben a une mort sur trois

II. — RÉTRÉCISSEMENT DES VOIES BILIAIRES

Parmi les différentes variétés d'angiocholite simple ou ulcéreuse, susceptibles de s'accompagner d'un rétrécissement des voies biliaires, la lithiase occupe le premier rang. Par les altérations inflammatoires répétées qu'elle provoque, elle peut à la longue, et par un mécanisme analogue à celui qui se passe au niveau de l'urètre, amener un rétrécissement plus ou moins complet des voies biliaires. De même, par les ulcérations qu'elle détermine souvent au niveau du calcul, elle peut devenir l'origine d'une sténose cicatricielle secondaire.

Il est difficile de préciser la fréquence absolue de ces rétrécissements. Au niveau du canal cystique, on sait qu'ils sont assez fréquents et c'est de leur existence que dépend le plus souvent le développement d'une hydropisie de la vésicule ou la persistance d'une fistule après une cholécystostomie. Mais sur les voies principales, il s'agit certainement de faits beaucoup plus rares. Sur ses nombreuses cholédocotomies, Kehr n'en a trouvé que trois exemples. Mayo et Körte n'en signalent également que trois cas chacun.

Ces faits ont été récemment l'objet d'une étude approfondie de Mathieu, dans laquelle on trouvera, en outre, des observations de Quénu, Terrier, Hartmann, Petersen, etc. Von Haberer et Hancock viennent, tout dernièrement, d'en publier chacun un exemple.

Au point de vue clinique, les signes, qui traduisent

l'existence d'un rétrécissement des voies biliaires, affectent une allure différente, suivant qu'ils siègent au niveau du canal cystique ou sur le cholédoque. Mais nous ne saurions insister ici sur leur séméiologie, qui est celle de toutes les obstructions biliaires. Disons seulement que la lésion passe souvent inaperçue au cours d'une première intervention, et que c'est la persistance d'une fistule, qui constitue ordinairement le premier signe de leur existence.

Au point de vue anatomique, les sténoses des voies biliaires se présentent soit sous la forme annulaire, soit sous la forme canaliculaire. Le rétrécissement annulaire peut siéger sur l'hépatique ou sur le cholédoque. On peut le rencontrer au niveau de la portion sus-pancréatique (Körte, Kehr, Moynihan, Petersen, etc.) ou au niveau de l'ampoule (Marwedel, Nehrkorn, Stevens). Dans un cas de Solacolu, cité par M. Quénu, il existait un rétrécissement fibreux du volume d'une noisette au niveau même du confluent des deux branches de l'hépatique.

Les rétrécissements canaliculaires intéressent presque toute l'étendue de l'arbre biliaire. Les sujets sont des lithiasiques anciens, qui présentent des calculs enchatonnés dans leur vésicule rétractée, mais qui ont souvent éliminé tous leurs calculs dans des crises antérieures, et qui n'ont plus qu'une sclérose totale de tout l'arbre biliaire. Mathieu a rapporté un bel exemple de cette variété de rétrécissement, mais le malade mourut d'hémoptysie foudroyante la veille du jour, où on devait l'opérer. En voici également une observation recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet.

Obs. I. — Rétrécissement des voies biliaires principales. Laparotomie exploratrice (M. Delore). Mort au bout de six mois.

Il s'agit d'une femme de quarante ans atteinte d'un ictère très foncé depuis trois ans. Il y a quatre mois, elle aurait eu une colique hépatique.

Actuellement, les selles sont absolument décolorées; pas de glycosurie; on n'a pas recherché la glycosurie alimentaire. Le foie et la vésicule ne semblent pas dilatés. Température oscille entre 37°5 et 38°3.

Laparotomie médiane le 24 août 1901 (M. Delore). Vésicule petite, sans calculs. Le cholédoque et l'hépatique sont longuement explorés: le duodénum est même largement décollé dans ce but. Nulle part on ne trouve de cailloux. Aussi, referme-t-on purement et simplement l'abdomen avec un petit drainage. Le foie paraît de consistance normale.

Les suites furent simples. Six mois après, cette opérée succombait d'affection pulmonaire.

A l'autopsie, on ne trouve pas trace de calculs dans les voies biliaires, rien dans le pancréas. Le cholédoque et l'hépatique offraient, par contre, une véritable sténose dans toute leur longueur. On y faisait passer, avec peine, une bougie n° 8 de la filière Charrière. Aucune bride ne tranche sur ce processus anatomique ayant porté d'emblée sur toute la longueur des voies biliaires.

Traitement. — Dans cette étude thérapeutique, je laisserai de côté tout ce qui concerne les rétrécissements du canal cystique. On sait que, d'une façon générale, il ne faut jamais faire de cholécystostomie sans s'être assuré de la perméabilité des voies biliaires sous-jacentes. Lorsqu'il existe une sténose de ce conduit, c'est une indication de faire la cholécystectomie. Si cette lésion échappe, et qu'elle donne

naissance ensuite à une fistule muqueuse persistante, c'est encore à l'ectomie qu'il faut s'adresser, pour faire disparaître cet accident.

Pour les sténoses des voies principales, la question est beaucoup plus intéressante. Il s'agit d'un lithiasique chez lequel on découvre une sténose du cholédoque ou de l'hépatique; ou bien, on est en présence d'un malade déjà opéré et chez lequel des accidents de rétention biliaire se sont de nouveau installés. A quelle thérapeutique doit-on avoir recours?

Les indications opératoires sont évidemment de rétablir le cours de la bile dans l'intestin et, comme à la rétention biliaire s'ajoutent le plus souvent des phénomènes infectieux, il faut y joindre le drainage des voies biliaires. Mais différentes opérations peuvent être utilisées dans ce but : elles sont soit radicales, soit palliatives. Les premières font l'excision complète du rétrécissement; les secondes se préoccupent seulement de dériver la bile à l'extérieur ou de la ramener dans l'intestin.

A. OPÉRATIONS RADICALES. — La *résection du cholédoque* n'a été que rarement exécutée, car ses indications ne sont pas souvent réalisées. Il faut évidemment, pour qu'elle puisse être pratiquée, qu'il s'agisse d'un rétrécissement peu étendu des voies biliaires, et que la zone rétrécie soit dans une portion facilement accessible du canal.

Après la résection du rétrécissement, divers procédés peuvent être utilisés pour rétablir la continuité des voies biliaires interrompues. Kehr a rapproché

partiellement les deux segments du canal réséqué et a mis en place un drainage de l'hépatique ; je ne crois pas que la suture complète donne de meilleurs résultats. Körte a fait une cholécysto-duodénostomie, après avoir mis aussi un drain dans l'hépatique. Enfin, si la portion restante du canal est suffisamment longue et la vésicule inutilisable, on pourrait recourir avec avantage à l'implantation de l'hépatique dans le duodénum, sur laquelle nous reviendrons dans un instant.

B. OPÉRATIONS PALLIATIVES. — Lorsque la cure radicale de rétrécissement n'est pas possible, il est indiqué de rétablir le cours de la bile dans l'intestin.

Pour cela, plusieurs méthodes peuvent être utilisées : elles consistent toutes à anastomoser la portion des voies biliaires sus-jacentes au rétrécissement avec le tube digestif.

Kehr rapporte, dans son livre de *Technique*, l'observation d'une femme chez laquelle il se trouva en présence d'adhérences sous-hépatiques telles, qu'il ne put mettre à découvert les voies biliaires extra-hépatiques. Il eut alors recours à l'hépatocolangio-entérostomie, dont M. Baudoin avait eu l'idée, en 1896, et obtint ainsi une survie de deux mois environ. Les expériences récentes d'Enderlen et Zumstein ont montré, d'ailleurs, que les résultats obtenus par cette opération ne sont jamais durables et que la fistule hépatique s'obture au bout de peu de temps. C'est cependant la seule opération, qu'on puisse appliquer aux oblitérations complètes des voies biliaires.

Lorsque le rétrécissement n'occupe qu'une portion

des voies biliaires extra-hépatiques, de nombreuses variétés d'anastomoses peuvent être réalisées. Si le cystique est perméable et la vésicule dilatée, on peut avec avantage s'en servir pour ramener la bile dans l'intestin.

Dans le cas où le rétrécissement siège au-dessus de l'embouchure du cystique, c'est à l'anastomose directe des voies principales avec l'intestin, qu'il faut nécessairement recourir. De même, si par suite de leur oblitération, le cystique ou la vésicule sont inutilisables.

Un certain nombre de ces opérations ont été déjà pratiquées.

La cholédoco-entérostomie a été faite par Summers et par Brin dans deux cas, qui ont été rapportés par Quénu, à la Société de chirurgie de Paris.

Dans un cas analogue, ce chirurgien a eu recours à l'anastomose de l'hépatique avec l'estomac. La malade dont il s'agissait, était une lithiasique, mais ses accidents de rétention biliaire résultaient de l'existence d'un rétrécissement inflammatoire, occupant l'origine du cholédoque et amené vraisemblablement par la lithiase.

Enfin, plus récemment, Terrier (*Soc. de Chir.*, du 9 janv. 1907) a eu recours à l'hépatico-duodénostomie par implantation, opération qui fut d'abord pratiquée par W.-J. Mayo et dont il a donné de belles planches dans les *Annals of Surg.*, 1905.

Voici le résumé de l'observation du Professeur Terrier. J'ai fait reproduire quelques schémas de cette opération, car elle me paraît avoir de nombreux avantages sur tous les procédés auxquels j'ai fait allusion jusqu'ici.

OBS. II (Terrier, 1907). — Rétrécissement du cholédoque. Hépatico-duodénostomie par implantation.

M^{me} F..., trente ans, a subi déjà en janvier 1905 une appendicectomie et une hystéropexie.

En juillet 1905, elle est atteinte d'une angiocholite aiguë infectieuse, pour laquelle Terrier fait une cholécystostomie. A la suite de l'opération, une amélioration manifeste se produit tout d'abord. Mais ensuite, malgré le drainage de la vésicule, presque tous les soirs la malade présente une ascension thermique à 38 degrés. Elle maigrit et se plaint d'inappétence. La fistule biliaire fonctionne irrégulièrement et laisse écouler de la bile seulement pendant la nuit.

Peu à peu, l'état s'aggrave, la température s'élève, des frissons apparaissent; subictère des conjonctives.

A l'examen, foie légèrement hypertrophié, région vésiculaire douloureuse à la pression. On se décide à une deuxième intervention.

Opération le 9 mai 1906. Incision de Kehr avec excision de la peau qui circonscrit la fistule. Libération de la vésicule, qui est très adhérente au foie et au côlon transverse. Cholécystectomie et drainage de l'hépatique.

Les suites opératoires sont normales : la température reste presque continuellement aux environs de 37 et 37°2. On retire la première mèche le cinquième jour; la deuxième, le huitième. Le onzième jour, on enlève la dernière mèche et le drain.

La malade se relève progressivement, la fistule biliaire ne donne presque plus rien, lorsque, le 15 juin, trente-quatre jours après l'opération, elle est reprise de frissons, avec élévation de la température.

Malgré une dilatation de la fistule biliaire, ces phénomènes persistent. Peu à peu, l'état général devient plus mauvais.

Troisième opération le 12 juillet 1906. On se sert de la fistule comme fil conducteur et on est conduit ainsi, après avoir libéré ces adhérences, sur un point rétréci, véritable virole cicatricielle faisant presque complètement le tour du canal et siégeant à

l'union de l'hépatique et du cholédoque, au point où l'on avait fait précédemment la boutonnière pour le passage du drain. On sectionne cette virole du côté de l'hépatique et, immédiatement au-dessus, on trouve une dilatation ampullaire, du volume d'une noisette, contenant de la bile et du pus collecté. Immédiatement au-dessus de cette dilatation, on voit la bifurcation de l'hépatique, si bien qu'en somme la longueur totale de ce qui représentait l'hépatique était au maximum de 2 centimètres.

Du côté du cholédoque, il est impossible de faire entrer le moindre explorateur dans le bout inférieur.

On décolle alors le duodénum pour faire une exploration complète et méthodique. Le pancréas est d'une souplesse normale. Le cholédoque est très rétréci, induré dans toute son étendue et oblitéré à sa partie supérieure. Libération de cette extrémité cicatricielle,

Entre l'hépatique et le cholédoque se trouve en arrière une zone de tissu cicatriciel de 5 à 6 millimètres de hauteur, qui représente la partie postérieure du rétrécissement dont on a sectionné tout à l'heure la partie antérieure.

Drainage de l'hépatique avec une sonde n° 12. Dans le cholédoque, on ne peut mettre qu'une n° 10. On rabat le duodénum qu'on fixe par un surjet à la soie fine.

Pour combler la perte de substance antérieure, on a recours à l'épiplooplastie.

Fermeture de la paroi à trois étages. Durée de l'opération, 1 h. 15

Les suites immédiates de l'opération sont assez graves. Vomissements chloroformiques pendant quatre jours. On retire le drain et la dernière mèche le dixième jour. Dès ce moment, la malade prend un grand frisson et la température monte à 40 degrés pour osciller ensuite aux environs de 38 degrés.

Selle colorée le treizième jour; mais le vingt et unième jour, la malade prend la diarrhée pendant une semaine et les frissons reviennent tous les trois ou quatre jours. On redilate le trajet avec des lamineuses; on replace le drain dans l'hépatique. Malgré cela, cet état fébrile se prolonge tout le mois d'août et

septembre. En octobre, la malade a beaucoup maigri. Deux crises de diarrhée. Aussi, devant l'état précaire de la malade, Terrier intervient une quatrième fois le 5 novembre 1906.

OPÉRATION. — Le 5 novembre 1906. Opérateur: M. le professeur Terrier.

Aides: MM. Gosset, Desjardins. Chloroforme: M. Boureau.

La malade étant en hyperextension du tronc, on repasse dans l'ancienne cicatrice en contournant la fistule. On arrive sur le trajet fistuleux, entouré d'adhérences. On place une sonde cannelée dans le trajet et on peut ainsi libérer ce trajet des adhérences qui se font avec l'épiploon et le duodénum d'une part, avec la face inférieure du foie d'autre part. On arrive à isoler un trajet long d'environ 5 centimètres, et d'un diamètre de 15 millimètres, ressemblant à une vésicule rudimentaire de nouvelle formation. On sectionne le trajet au niveau de son extrémité périphérique, c'est-à-dire au niveau de la paroi abdominale et on en continue la libération jusqu'à son origine, c'est-à-dire au niveau de l'hépatique. On résèque alors ce trajet au niveau de l'hépatique et on se retrouve dans des conditions normales. La bile coulant continuellement, on introduit une petite mèche de gaze dans l'hépatique. On fait alors l'exploration des canaux avec l'explorateur métallique à boule olivaire n° 20. Celui-ci ne pénètre pas. On sectionne la paroi jusqu'au point où bute l'explorateur, c'est-à-dire à 1 centimètre. On voit alors et on sent un rétrécissement fibreux à ce niveau. Ce rétrécissement étant sectionné, la boule olivaire n° 20 pénètre facilement jusqu'au hile du foie. L'hépatique a doublé de diamètre et triplé de longueur depuis la dernière intervention. Néanmoins il est encore trop court pour pouvoir atteindre le duodénum. On décolle donc l'angle duodénal et on l'attire un peu en haut au-devant de l'extrémité inférieure de l'hépatique. On fait alors une anastomose terminale à points séparés avec un premier plan séro-séreux et un second surjet total, ce qui est facilité par l'épaississement des parois de l'hépatique. L'implantation terminée, on vérifie son étanchéité qui est absolue. On met par précaution, une petite mèche et un drain n° 25 au contact et on

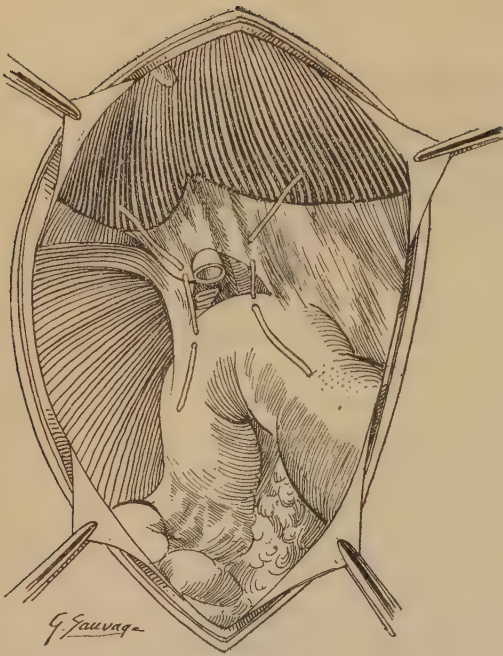


FIG. 13. — Le rétrécissement a été sectionné. Fermeture du bout inférieur, abaissement du bout supérieur par deux fils qui rapprochent le petit épiploon du duodénum.

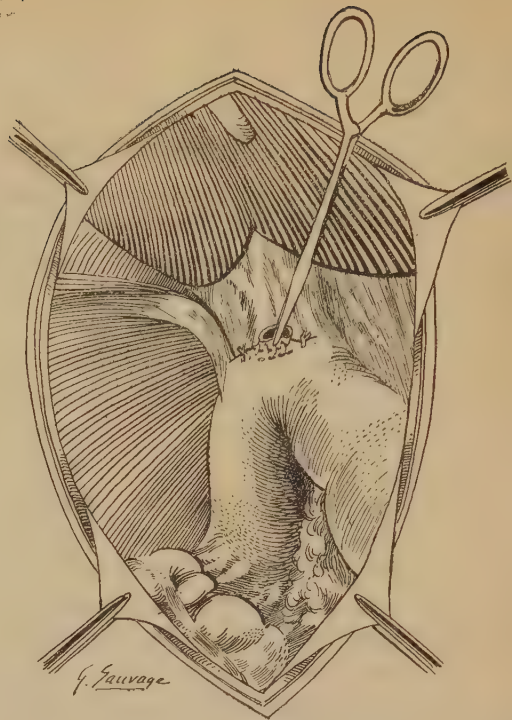


FIG. 14. — Fixation de l'hépatique au duodénum. Suture séro-séreuse postérieure avec des points séparés.

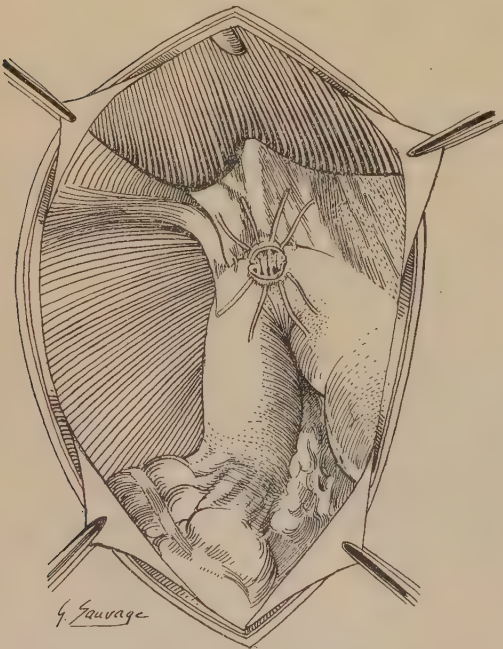


FIG. 15. — Ouverture du duodénum. Suture de la muqueuse du canal hépatique à la muqueuse duodénale.

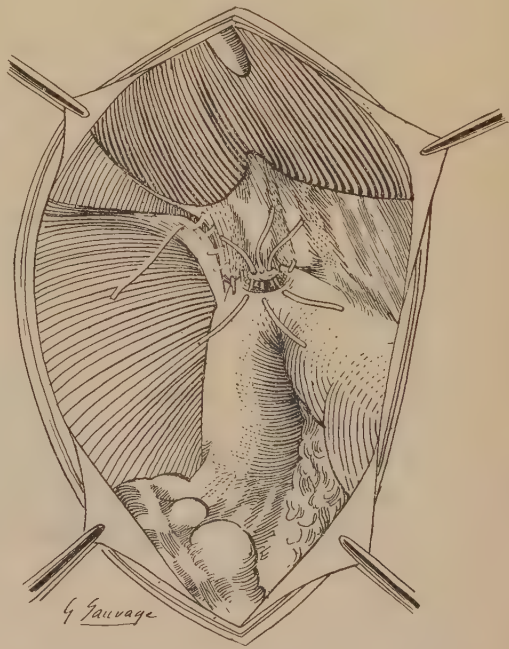


FIG. 16. — Deuxième plan de sutures. Points séro-séreux à la Lembert.

referme la paroi après avoir réséqué la peau fistulisée. 2 étages à la soie fine; de la soie sur la peau.

Durée totale de l'opération : une heure vingt-deux minutes.

Quantité de chloroforme à la compresse : 66 centimètres cubes.

Suites opératoires. — Vomissements pendant les trois jours consécutifs à l'opération. Le 3^e jour, les selles de coloration normale, et à partir de ce moment, elles restent toujours colorées.

La température qui avait baissé à 37 degrés, les deux premiers jours, s'élève à 38 degrés et s'y maintient depuis ce moment. Mais les oscillations sont beaucoup moins grandes qu'auparavant, à peine 1/2 degré entre le matin et le soir.

Le 6^e jour, on retire le drain, le 8^e jour, on retire les fils et une partie de la mèche, le 12^e jour, on retire le reste de la mèche.

Les urines restent aux environs de 700 grammes, mais l'urée baisse encore et l'analyse ne révèle que 3 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

La malade se lève le vingt et unième jour.

Elle a repris une livre depuis un mois. Son état général est meilleur; cependant, chaque jour, elle a un accès fébrile avec ascension à 39 degrés. Mais cet état dure environ une heure et demie ou deux heures (de 4 h. 1/2 à 6 h. ?) et le reste de la journée, la malade est bien portante, pouvant sortir et marcher. A l'examen, cicatrice solide sans éventration. Foie un peu diminué de volume.

En présence de lésions aussi différentes les unes des autres et aussi atypiques, on ne saurait songer à donner des règles opératoires précises. L'anastomose que l'on réalisera, sera inspirée suivant les circonstances et surtout, suivant le siège plus ou moins élevé ou l'étendue plus ou moins grande du rétrécissement.

D'une façon générale cependant, je crois que l'opération pratiquée par Mayo et par Terrier mérite d'être

utilisée de préférence dans tous les cas où elle peut être employée.

Elle a sur les anastomoses latérales des avantages analogues à ceux de l'exclusion intestinale sur les simples entéro-anastomoses, dans lesquelles on laisse persister, au-dessous de l'anastomose un recessus, plus ou moins important, toujours fort mal drainé

Nous verrons, d'ailleurs, en étudiant les néoplasmes des voies biliaires, que cette opération a été aussi plusieurs fois exécutée dans le traitement chirurgical de certains cancers et nous aurons l'occasion de revenir sur ses nombreux avantages.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS EXTRA-HÉPATIQUES DE LA LITHIASÉ

Les complications extra-hépatiques de la lithiasé reconnaissent deux causes principales. Elles résultent quelquefois d'une migration anormale du calcul en dehors de ses voies naturelles; d'autres fois, au contraire, les accidents observés sont sous la dépendance de l'infection, qui accompagne la lithiasé. D'une façon générale, on peut dire que, jusqu'à ces dernières années, l'attention était presque exclusivement attirée par les faits, qui relèvent de la première pathogénie, et pendant longtemps on ne s'est occupé que des migrations anormales des calculs à la peau, dans les différents viscères de l'abdomen ou dans le péritoine. Dans les traités classiques, la question est encore traitée de cette façon et le retentissement purement inflammatoire de la lithiasé sur l'estomac, l'intestin, le pancréas, l'appendice sont complètement laissés de côté.

Il n'est pas douteux, cependant, que ces accidents sont beaucoup plus fréquents que ceux qui résultent d'une migration anormale. Depuis qu'ils sont mieux connus, les troubles gastro-intestinaux, les appendicites les pancréatites aiguës ou chroniques, les péritonites

enfin, qui dépendent de la lithiase, ont pris une importance considérable dans la pathologie. Je leur ai consacré de longs développements. Mais avant d'en entreprendre l'étude, je m'occuperai d'abord des migrations anormales des calculs à la paroi et dans les divers points de l'organisme où on les a signalées. Puis, je consacrerai un chapitre spécial aux complications gastriques, intestinales, pancréatiques et péritonéales de la lithiase biliaire.

I. ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'ÉVOLUTION DE LA LITHIASÉ VERS LA PAROI ABDOMINALE

Du côté de la paroi abdominale : la lithiase peut donner naissance à deux variétés de complications, le phlegmon biliaire et les fistules cutanés.

Le *phlegmon biliaire* se fait le plus souvent au niveau de la paroi abdominale antérieure, beaucoup plus rarement vers la région lombaire¹. Il est quelquefois la conséquence d'une inoculation directe de la paroi par une vésicule suppurée adhérente à ce niveau ; d'autres fois, c'est par l'intermédiaire d'une péricholécystite suppurée qu'il arrive à se développer.

Mais, quoi qu'il en soit, son traitement ne saurait

¹ Mon maître, le professeur agrégé L. Bérard a rapporté, il y a dix-huit mois, à la Société de Chirurgie de Lyon, un fait de phlegmon gangréneux de la fosse périnéphrétique, consécutif à la perforation d'une vésicule biliaire calculeuse. Incision de 10 centimètres. Mort par septicémie.

comporter aucune discussion. Comme toute suppuration du tissu cellulaire, le phlegmon biliaire doit être largement incisé et drainé. La paroi abdominale ouverte, le doigt introduit dans la plaie arrive le plus souvent dans une cavité, qui renferme de la bile, du pus et des calculs, et qui représente suivant les cas, soit la vésicule, soit une poche péricholécystique. Quoiqu'il en soit, il faut drainer cette poche, mais ne pas vouloir en tenter l'extirpation. C'est pour avoir voulu faire une opération de ce genre que Körte, dans une cholécystite aiguë avec phlegmon de la paroi eut un échec. On sera toujours à temps, s'il persiste une fistule, d'en lever la vésicule après la disparition des accidents infectieux.

Les fistules cutanées d'origine lithiasique sont un accident beaucoup plus rare depuis qu'on intervient davantage dans les cholécystites calculeuses.

On les rencontre le plus souvent au niveau de l'hypocondre ou du flanc droits, mais on peut en observer quelquefois dans des régions très éloignées des voies biliaires. On a cité des faits, où l'ouverture du trajet siégeait au-dessus du pubis, dans la région inguinale (Gibson, *Philad. med. News*, 1904); au-dessus du mamelon (de Brunn). Forges (*Wiener klin. Woch.*, 1900, n° 26) a même cité un cas d'abcès fistulisé de la région trochanterienne droite, à l'incision duquel on trouva des calculs biliaires.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique des fistules cutanées au cours de la lithiase dépend uniquement des conditions dans lesquelles elles se présentent.

Dans quelque cas, rares il est vrai, l'apparition d'une fistule cutanée est une mode de guérison spontanée d'une lithiasé infectée. Aussi, lorsqu'il n'existe pas de phénomènes infectieux, et que les voies biliaires principales ne sont pas obstruées, on peut attendre quelque temps, pour voir si le trajet ne se fermera pas de lui-même; mais souvent, cette oblitération n'est que temporaire, et même, chaque fois qu'elle se produit, on peut voir se développer de nouveaux accidents infectieux.

Dans d'autres faits, il existe un obstacle au cours de la bile vers l'intestin et, par l'orifice fistuleux, s'écoulent continuellement de la bile, du mucus ou du pus. Dans ce cas, la thérapeutique ne saurait hésiter un seul instant. Il faut intervenir et l'intervention, pour avoir des résultats définitifs, doit consister dans l'ablation de la vésicule et dans le rétablissement complet de la perméabilité des voies biliaires.

Cette thérapeutique ne diffère en rien, d'ailleurs, de celle que l'on suit dans le traitement des fistules consécutives à la cholécystostomie, sur lesquelles je me suis suffisamment expliqué. J'ajoute seulement ici, que dans les cas où la fistule est en relation avec un cancer sous-jacent, si la cure radicale paraît possible malgré cette généralisation à la paroi, il faut l'entreprendre au plus vite, sinon il faut s'abstenir de toute intervention.

II. — FISTULES GASTRIQUES OU INTESTINALES

Les communications anormales entre les voies biliaires d'une part, l'estomac ou l'intestin d'autre part, se présentent dans deux conditions différentes : elles constituent quelquefois de simples trouvailles d'opération ou d'autopsie ; dans d'autres cas, au contraire, elles sont suivies d'accidents de sténose pylorique ou d'obstruction intestinale.

Je me bornerai, dans ce paragraphe, à établir la fréquence de ces fistules et les indications opératoires générales qu'elles comportent ; je reviendrai plus loin sur les troubles gastriques ou intestinaux qu'elles peuvent entraîner.

a) **Fistules gastriques.** — On a signalé quelques cas de fistules hépato-gastriques entre le lobe gauche du foie et l'estomac. Gaillard, dans son article sur les vomissements de calculs biliaires (*Médecine moderne*, 1895), cite trois cas dus à Bassang, à Clin et à Murchison. Mais, plus souvent, c'est entre la vésicule ou le cystique et la cavité gastrique, que s'établissent les communications de ce genre. La fréquence de ces fistules est diversement appréciée par les auteurs, qui les ont étudiées.

Courvoisier, en 1890, sur 173 cas de fistules, en a trouvé 13 qui intéressaient l'estomac. Sept ans plus tard, Langenbuch y ajoutait 6 nouveaux cas. Depuis cette époque, de nouveaux faits ont été signalés. Kehr a observé 7 cas de fistules gastriques :

3 avec le canal cystique et 4 avec la vésicule; dans 5 il y avait en même temps des signes de sténose pylorique. Fleischauer (*Deutsche med., Woch.* 1899) a publié un cas de fistule cholécystogastrique avec sténose; Körte en a signalé deux autres.

Signalons encore les deux faits de Lenhartz-Leichtenstern (in Penzoldt-Stitzing) et ceux de Nicholls (*Montreal med. Journal*, 1898), d'Ochsner (*Annals of Surg.*, 1902), de Snively (*Amer. Journal medical Associat.*, 1903), de Mayo Robson (*Brit. med. J.*, 1903).

Dans un cas de Fleiner (*Münchener med. Woch.*, 1900) il existait une fistule entre le collet de la vésicule et l'estomac et une autre entre le fond de l'organe et le côlon. Lejonne et Milanoff ont également signalé un fait de communication double entre le réservoir vésiculaire d'une part, l'estomac et le duodénum d'autre part. Enfin, von Möller, après avoir rapporté un fait inédit, montre que dans un tiers des cas environ, il existe en même temps des signes de sténose pylorique. A ces faits, il faut en ajouter un plus récent de Bérard (*Soc. de Chir. de Lyon* 1906), dans lequel la vésicule s'était ouverte spontanément dans l'estomac et à la paroi abdominale.

b) Les fistules duodénales sont de beaucoup les plus fréquentes, ce qui s'explique naturellement par les rapports anatomiques, qui existent entre les voies biliaires et le duodénum. Naunyn, sur un total de 384 fistules, en a trouvé 108 qui intéressaient le duodénum : l'origine du trajet se trouvait sur la vésicule dans 93 cas, et, dans 15, il était au niveau du cholédoque. Dans les statistiques que j'ai recueillies, j'en ai trouvé signalé un très grand nombre d'exemples, qu'on retrouvera, d'ailleurs, à la fin de ce travail.

Les fistules entre les autres parties de l'intestin grêle et les voies biliaires sont exceptionnelles, elles ne présentent, du reste, aucun intérêt spécial, et leur

traitement ne diffère pas de celui des fistules duodénales.

c) **Les fistules cholécysto-coliques** sont presque aussi fréquentes que les fistules duodénales ; mais les calculs, qui passent par cette voie, donnent beaucoup moins souvent naissance à des phénomènes d'obstruction. Par contre, on a signalé des faits d'angiocholite ascendante et même d'abcès du foie à la suite de cette communication anormale : Rolleston a ainsi publié un cas intéressant de Stewart dans lequel un malade mourut de suppuration hépatique après l'ouverture de la vésicule dans le côlon. A l'autopsie, les voies biliaires étaient remplies de matières fécales et le foie parsemé de multiples abcès de différentes grosseurs.

Traitement. — Ces faits étant connus, nous allons voir maintenant les troubles cliniques auxquels ils donnent lieu et les indications opératoires qu'ils comportent.

Lorsque le calcul s'échappe des voies biliaires et qu'il arrive dans l'intestin, diverses éventualités sont susceptibles de se produire. Au point de vue immédiat, d'abord, il est quelques cas où la production de ces fistules, qui procède, comme on le sait, d'un processus d'ulcération progressive, détermine une réaction péritonéale plus ou moins intense et qui peut constituer en elle-même une première indication de l'intervention. Mais ces faits sont exceptionnels. Quand la fistule se parachève, le plus souvent le péritoine est

cloisonné et le calcul tombe directement dans la lumière de l'estomac ou de l'intestin sans déterminer le moindre accident.

On a signalé aussi quelques cas d'hémorragies, se traduisant par des hématomèses ou par des méloëna, dont le point de départ serait au niveau de l'ulcération qui aboutit à la fistule ; ce sont aussi des phénomènes tout à fait rares.

Après son arrivée dans l'estomac ou même le duodénum, il arrive quelquefois que le calcul soit rejeté dans des efforts de vomissements. En 1895, Galliard publiait dix cas de ce genre ; Mayo Robson, Nicholls, Kellet Smith et Baillet (*Liverpool med. chir. Journal*, 1902) ; Crooke (*ibid.*), en ont rapporté des exemples plus récents. Mais ce mode d'évacuation est assez rare. Le plus souvent, le calcul est expulsé dans les selles ; d'autres fois il reste dans l'estomac ou l'intestin, où il peut déterminer, à plus ou moins brève échéance, des accidents de sténose pylorique ou d'occlusion intestinale sur lesquels nous reviendrons dans un instant.

Si l'on met donc à part ces derniers faits où il existe un syndrome tout à fait net d'obstacle pylorique ou intestinal, il résulte que les fistules gastriques ou intestinales, dans les deux tiers des cas environ, sont une trouvaille opératoire. Il s'agit de malades chez lesquels on intervient pour une lithiase plus ou moins ancienne ; on trouve une vésicule parfois fort altérée, le plus souvent noyée au milieu d'adhérences, et c'est en la libérant, qu'on s'aperçoit de l'existence d'une communication anormale avec l'estomac ou avec l'intestin.

Dans ces cas, la conduite ne saurait être hésitante

un seul instant : la vésicule est réduite à un organe profondément altéré dont le rôle est absolument nul et dont la conservation peut exposer au retour de nouveaux accidents. Il faut à tout prix l'enlever et faire une suture minutieuse de l'estomac ou de l'intestin. La simple cholécystostomie, si elle n'est pas accompagnée d'une suture de l'intestin, peut avoir de graves conséquences. Ainsi, dans un cas où il n'avait pas reconnu l'existence de cette complication, et où il s'était contenté d'une cholécystostomie, Kümmel vit peu à peu se produire une fistule duodénale, dont la véritable origine ne fut reconnue qu'à l'autopsie ; il est bien évident que l'ablation de la vésicule aurait permis d'éviter cet échec.

Mais dans les cas où l'on a vu les calculs expulsés par l'estomac ou par l'intestin, faut-il être aussi interventionniste ?

On pourrait faire valoir pour rejeter l'opération le double fait : 1° que le chirurgien réalise souvent de ces anastomoses au cours de la lithiase sans qu'il en résulte le moindre accident, et 2° que ces communications anormales sont un processus qu'emploie la nature pour arriver à une guérison spontanée. Ces deux arguments ont certainement l'un et l'autre leur valeur. Mais si, dans quelques cas (d'ailleurs beaucoup plus rares qu'on ne le dit), une guérison complète a été observée après le rejet de calculs dans les selles, le plus souvent il n'en persiste pas moins des accidents infectieux. On ne peut, d'ailleurs, comparer une fistule spontanée à une fistule chirurgicale, car nous ne savons pas dans quelles conditions elle est établie et nous

ignorons si tous les calculs ont passé par cette voie. Je crois donc qu'il est beaucoup plus prudent d'intervenir dans ces cas. Malgré toutes les apparences d'heureuse évolution, que peuvent présenter de tels faits, il faut à mon avis, les considérer comme des faits compliqués et les traiter en conséquence. Nous savons bien aujourd'hui que les anastomoses des voies biliaires avec l'intestin ne constituent aucun danger d'infection pour le foie, mais encore faut-il qu'elles présentent certaines conditions, qui sont loin d'être fréquemment réalisées dans les fistules spontanées. Il suffit, d'ailleurs, de considérer le nombre des fistules, recueillies à l'autopsie, avant l'ère chirurgicale de la lithiase, pour voir que cette complication est loin d'avoir souvent un pronostic favorable.

Que sera cette intervention? Ainsi que nous l'avons dit plus haut, c'est la cholécystectomie, qui constitue le procédé des choix dans les fistules vésiculaires. Pour les fistules, à point de départ cholédocien, il faut au préalable, s'assurer qu'il est possible de rétablir la perméabilité du cholédoque; lorsque ces conditions sont réalisées, c'est l'opération de Kehr qui est la meilleure opération.

La perte de substance, gastrique ou intestinale, qui résulte de la libération du trajet, sera réunie par un double plan de sutures avec enfouissement; quant à celle du cholédoque, une fois le libre écoulement de la bile assuré, elle se tarit d'habitude assez rapidement.

III. — FISTULES THORACIQUES

Une communication peut s'établir entre les voies biliaires et la cavité thoracique, mais le mécanisme en est assez complexe ; aussi les exemples en sont-ils assez rares.

Le plus souvent c'est par rupture d'un abcès du foie et par suppuration sous-diaphragmatique que se produisent les fistules de ce genre. Le pus s'accumule à la face supérieure du foie, il perfore le diaphragme et s'ouvre ensuite un passage dans un des organes de la cavité thoracique.

a) **Fistules bronchiques.** — C'est en général dans les bronches que s'ouvre l'abcès sous-diaphragmatique.

Dans son processus d'ulcération du diaphragme, l'abcès provoque du côté de la plèvre des adhérences pleuro-diaphragmatiques. Puis l'ulcération s'étend au tissu pulmonaire et finit par rencontrer une bronche qu'elle perfore. Une fistule broncho-biliaire est constituée, par laquelle s'évacuent une quantité plus ou moins grande de bile et parfois même des calculs.

Ces faits sont notablement plus rares dans la lithiasé que dans les abcès du foie et les suppurations sous-phréniques d'une autre origine. Graham, en 1897 (*British. med. Journal*, 1897), en a réuni 19 cas, dont 11 déjà signalés par Courvoisier. Plus récemment, Eschenagen (*Deutsche med. Woch.*, 1907), Smith et Rigby (*Brit. med. Journ.*, 1903), Felix (*Corresp. blatt. f. Schweiz. Aertze*, 1903) et Klauber (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907) en ont fait connaître d'autres exemples.

b) **Fistules pleurales.** — Mais ce n'est pas seulement avec les bronches que se fait la communication et l'irruption de la bile peut se produire dans la cavité pleurale, donnant alors tous les symptômes d'une pleurésie; Cayley a ainsi recueilli des calculs dans un exsudat pleurétique.

c) **Fistules médiastines.** — L'abcès peut s'ouvrir dans les grosses bronches après avoir infiltré le médiastin comme dans un cas déjà ancien de Simmons (1877). Il s'agissait d'une péricholécystite suppurée qui après avoir infiltré le médiastin, vint s'ouvrir dans la bronche droite.

d) **Fistule péricardique.** — Enfin, nous signalons comme dernière variété de fistule thoracique la communication indirecte des voies biliaires avec le péricarde. Dans un cas de Legg, le seul que nous connaissions de ce genre, il s'agissait d'une obstruction calculeuse du cholédoque, ayant déterminé un abcès sous-phrénique, qui se mit ensuite en communication avec le sac péricardique à travers le diaphragme.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, les fistules thoraciques de la lithiasie n'ont encore donné lieu qu'à un très petit nombre d'interventions.

Dans un certain nombre de faits, (Berdinel, Riedel, Graham, Eichler) on s'est adressé surtout aux phénomènes thoraciques de la maladie : et, par une résection costale, on est allé à la recherche de l'abcès, que l'on a drainé. C'est une méthode qui répond évidemment aux

indications d'urgence (abcès du poumon, pleurésie suppurée), qu'on doit parfois remplir chez ces malades ; mais on ne peut obtenir la fermeture de la fistule de cette façon.

Pour amener l'oblitération de celle-ci, Sweetnam, dans un cas déjà ancien, avait fait une cholécysto-entéro-anastomose, dans l'espoir que la bile passerait dans l'intestin et que le trajet thoracique se fermerait secondairement ; son opéré mourut de pneumonie le douzième jour.

Si l'on veut détourner la bile de ce trajet anormal, le plus sûr moyen, ainsi que le recommandait Langenbuch, c'est assurément de faire un drainage au niveau de l'hypocondre et de créer une fistule biliaire à ce niveau.

Rigby, dans un cas récent, a fait avec succès une cholédocotomie avec suture et une cholécystostomie. Mayo Robson (*Diseases of the Gall Bladder*, obs. 508) a fait un drainage de l'hépatique. Si l'état du malade le permet, c'est évidemment la meilleure opération qu'on puisse faire. Dans tous les autres cas, il faut se contenter d'abord d'une simple cholécystostomie : c'est la conduite observée tout dernièrement par Roth dans l'observation, qui a servi de point de départ au travail de Klauber.

IV. — AUTRES FORMES DE FISTULE BILIAIRE

Les fistules urinaires et génitales sont exceptionnelles.

Elles peuvent se faire soit entre la vésicule et le rein droit, soit entre la vésicule et la vessie, soit enfin entre la vésicule et le vagin.

Les fistules cholécysto-rénales sont tout à fait rares; Courvoisier n'en a relevé que cinq cas, auxquels on peut ajouter un cas plus récent d'Elsner (*Med. News*, 1898).

Les communications cholécysto-vésicales sont plus fréquentes. Guterbock, en 1876 enleva par lithotripsie un calcul biliaire, de la dimension d'une noisette, et d'autres calculs plus petits de la vessie d'une femme, qui avait déjà évacué par l'urètre trois petits calculs à facettes. Dans un cas de Faber, il s'agissait d'une malade qui évacua 16 calculs biliaires en deux ans et, à son autopsie, trente-cinq ans après, Kostlin trouva les traces de cette communication anormale, sous forme d'un trajet fibreux unissant le foie au réservoir urinaire: il n'y avait plus de calculs, ni dans les voies biliaires, ni dans les voies urinaires. D'autres faits ont été rapportés par Pelletan, Murchison, Roberts, et, plus récemment, par Barnard (*Annals of surg.*, 1902). Fauconneau-Dufresne rapporte un cas de Franck, où il existait une fistule *cholécysto-vaginale*.

Au sujet des fistules cholécysto-urinaires ou cholécystovaginales, on pourrait répéter les mêmes considérations, que nous avons développées plus haut à propos des fistules thoraciques.

Le traitement radical comporte le drainage des voies biliaires et, si possible, l'ablation de la vésicule. Mais

on est parfois obligé de se contenter d'interventions d'urgence sur l'appareil rénal (drainage d'un bassinnet ou d'une vessie infectés).

Signalons en terminant les cas d'*ulcération de la veine porte* (Ignace de Loyola, Fauconneau-Dufresne, Frerichs, Bristove et Murchison) ou de l'*artère hépatique*. Ces dernières complications se traduisent le plus souvent par des accidents, qui sont au-dessus des ressources de la thérapeutique.

CHAPITRE III

LA LITHIASSE ET LE TUBE DIGESTIF

La lithiasse, comme on le sait, frappe avec une certaine prédilection les organes du tube digestif et, même dans ses formes les plus bénignes, elle s'accompagne toujours d'un certain nombre de troubles dyspeptiques.

Mais en outre de ces symptômes, qui font, en quelque sorte, partie intégrante des manifestations cliniques des calculs biliaires, la lithiasse peut encore déterminer une série de troubles plus ou moins graves, et qui peuvent constituer par eux-mêmes une nouvelle indication à l'intervention chirurgicale.

J'ai déjà dit plus haut que ces complications avaient leur point de départ soit dans une migration anormale des calculs, soit dans le retentissement inflammatoire de la lithiasse sur les diverses parties du tube digestif. J'étudierai successivement les troubles que la lithiasse donne du côté de l'estomac, l'intestin, le pancréas et le péritoine.

Pour chacune de ces complications, je m'occuperai successivement de la pathogénie des accidents, qu'il est nécessaire de rappeler pour comprendre les indications opératoires, et les résultats de l'intervention.

LA LITHIASÉ BILIAIRE ET L'ESTOMAC

Jusqu'à ces dernières années, on réservait seulement au traitement chirurgical les complications gastriques de la lithiasé, qui ont une origine mécanique. Mais les acquisitions récentes de la pathologie gastrique nous ont appris qu'en outre des sténoses pyloriques, la lithiasé déterminait souvent des troubles dyspeptiques plus ou moins intenses, et sur lesquels l'intervention peut avoir une heureuse influence. J'étudierai donc successivement dans ce paragraphe les troubles dyspeptiques d'origine biliaire, puis les sténoses pyloriques proprement dites.

1^o Troubles dyspeptiques d'origine biliaire. — Les troubles dyspeptiques, comme on le sait, font partie du cortège symptomatique des différentes formes de la lithiasé biliaire (coliques hépatiques, cholécystites aiguës ou chroniques, angiocholite, etc.), mais d'autres fois ils se manifestent isolément, ou du moins, ils prennent une telle importance, qu'ils peuvent en imposer pour une gastropathie.

Les anciens auteurs tels que Pujol, Sénac, Villemin, Cornillon avaient déjà montré leur fréquence, mais c'est aux auteurs modernes que nous devons leur connaissance. Hayem, Boas, Mathieu, Chauffart, Doyen, etc., en ont signalé les différentes particularités; Bouveret a donné les caractères propres, qui servent à distinguer la gastralgie hépatique de la gastralgie simple et

de l'hyperchlorydrie ; Gilbert et Lereboullet, Robin en ont décrit les différents types ; Soupault et Salignat enfin, en ont individualisé les différentes formes cliniques et ils ont inspiré sur ce sujet la thèse de leur élève Houdard (Paris, 1904).

Je ne saurais m'étendre ici sur les différents troubles sensitifs, moteurs, ou sécrétoires qui ont été relevés dans la lithiasé biliaire. Leur étude a été soigneusement faite récemment par Salignat et Foucault (*Gaz. des Hôp.*, 1908). Il me suffira de dire que, malgré leurs très grandes variétés, les manifestations dyspeptiques, qu'on observe chez les lithiasiques, peuvent se ramener à deux types principaux. Elles relèvent tantôt de phénomènes d'excitation, caractérisés par de l'hypersténie, de la gastralgie, des vomissements et parfois même par un véritable syndrome pylorique. Dans d'autres cas, au contraire, prédominent des phénomènes de dépression : hyposténie, embarras gastrique, troubles dyspeptiques plus ou moins bien déterminés.

Quelle est la pathogénie de tous ces accidents ? On a invoqué pour les expliquer tantôt de simples troubles circulatoires, tantôt des phénomènes nerveux réflexes. Mais on admet actuellement que ces troubles circulatoires ou nerveux ne servent en quelque sorte que de fils conducteurs et qu'ils sont eux-mêmes sous la dépendance d'un autre facteur, qui joue le rôle capital dans l'espèce : *l'infection*. Ainsi, de même que dans la lithiasé biliaire simple, l'infection nous rend compte des douleurs, de la fièvre, de l'ictère qu'on observe, dans les troubles dyspeptiques d'origine biliaire elle explique tous les accidents que nous avons signalés.

On sait que des infections plus ou moins éloignées (appendicite, annexite, etc.), peuvent retentir sur l'estomac pour en troubler les fonctions motrices ou sécrétoires. A plus forte raison, la lithiasé est-elle capable de déterminer ces accidents. Il suffit, d'ailleurs, de prendre pendant suffisamment de temps la température de ces malades, pour constater souvent chez eux l'existence de poussées de température en rapport avec l'infection de leurs voies biliaires.

Il était important, je crois, de rappeler ces notions, car elles servent à montrer le sens dans lequel on doit diriger les efforts de la thérapeutique. Le traitement de l'état gastrique doit, en quelque sorte, rester au second plan et c'est surtout de l'infection des voies biliaires qu'il faut s'occuper..

On a utilisé dans ce but le calomel à petites doses, le salicylate ou le benzoate de soude, les alcalins et les divers cholagogues. L'administration de ces médicaments et surtout la prescription d'un régime approprié aux circonstances rendront souvent de grands services. Mais, à mon avis, si les accidents persistaient et déterminaient des troubles dyspeptiques prolongés, il ne faudrait pas hésiter à enlever la vésicule et à drainer les voies biliaires. Le plus souvent, il existe d'ailleurs, un état lithiasique, qui justifie à lui seul l'intervention chirurgicale.

Dans la majorité des cas, le simple drainage des voies biliaires sera suffisant pour amener la disparition complète des troubles observés. Toutefois, dans les cas où il existe un syndrome pylorique et dans lesquels il y a lieu de supposer un état de spasme au niveau du py-

lore, on pourrait intervenir en même temps sur l'estomac. A l'étranger, on a fait quelquefois pour cela la divulsion digitale du pylore, suivant la méthode de Loreta. Mais cette opération, qui a certainement l'avantage de ne pas ouvrir l'estomac, n'est plus guère en faveur aujourd'hui, où la mortalité de la gastro-entéro-anastomose, pour des faits de ce genre, est à peu près nulle. C'est donc à cette dernière opération qu'il faudrait donner la préférence.

Je ne connais pas de faits, où l'on soit intervenu pour mettre uniquement fin à de semblables accidents; il est donc difficile d'en apprécier les résultats. Mais l'amélioration des troubles dyspeptiques d'origine appendiculaire ou annexielle par le traitement des lésions causales est un fait trop constant, pour que nous ne puissions affirmer par avance ici les heureux effets du drainage des voies biliaires dans les dyspepsies d'origine lithiasique.

Sténoses pyloriques d'origine biliaire. — Les sténoses pyloriques d'origine biliaire sont bien connues aujourd'hui. D'abord étudiées en 1896, par Alex, sous l'inspiration de son maître, Bouveret, elles ont fait depuis le sujet de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons ici la thèse de Maugourd (Paris, 1897), le mémoire de Tuffier et Marchais, dans la *Revue de chirurgie* (1898) et les dissertations inaugurales plus récentes de Dufourt (Paris, 1903) et de Von Möller (Munich, 1905).

Je donnerai d'abord quelques observations inédites, dont deux recueillies à la clinique de mon maître, le

professeur Poncet, puis je m'occuperai de la thérapeutique de cette complication.

Obs. I. (Clinique de M. le Professeur A. Poncet.) — Sténose pylorique d'origine biliaire. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. — Cholécystostomie (M. Delore). — Mort au bout de 48 heures.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, malade depuis quatre ans, et soignée pour des accidents névropathiques. Il y a deux mois, elle a été atteinte d'un ictère passager et, depuis ce moment, elle vomit absolument tout ce qu'elle prend. La cachexie est fort prononcée.

Le pouls est à 130, la température ne dépasse pas 38 degrés. On sent une grosse vésicule biliaire. Diagnostic : sténose pylorique d'origine biliaire.

Laparotomie sus-ombilicale (M. Delore). L'estomac est très dilaté. Quant au pylore, il est fixé au foie, près de la vésicule, par des adhérences serrées. Il y a, de ce fait, une coudure accentuée de l'antrum pylorique dans le plan frontal. En raison de l'état général, on ne juge pas à propos de toucher aux adhérences et l'on pratique, en quelques instants, une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

La vésicule biliaire, volumineuse, est remplie de cailloux et de boue biliaire. Après fixation de son fond à la paroi abdominale, elle est ouverte et l'on en retire cinq gros cailloux. Drain dans la vésicule. Mort quarante-huit heures après, malgré la simplicité des deux actes opératoires.

Réflexions. — La cholécystostomie, sur une vésicule infectée, nous paraît avoir causé la mort par septicémie biliaire chez une cachectique. Dans un autre cas, nous ferions l'opération en deux temps : d'abord une gastro-entérostomie d'urgence ; un ou deux mois après, une opération sur les voies biliaires.

Obs. II. (Clinique de M. le Professeur A. Poncet.) — Sténose pylorique d'origine biliaire : 1° Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique (Delore); 2° cholécystectomie secondaire.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui souffre de troubles digestifs et de douleurs après les repas depuis cinq ou six ans. Il y a trois mois, elle a été prise de coliques hépatiques suivies d'ictère passager. Mais elle entre à l'hôpital surtout à cause de troubles gastriques. Elle vomit plusieurs fois par jour depuis onze mois et a beaucoup maigri. Jamais d'hématémèses.

A l'examen, on constate tous les signes d'une sténose pylorique : clapotage, ondes péristaltiques, etc., mais l'origine est discutable. L'absence de douleurs en broche, d'hématémèses, etc., fait rejeter le diagnostic de sténose cicatricielle par ulcère. En raison des commémoratifs et de la présence dans l'hypocondre droit d'une grosse masse arrondie, ballotante, qui doit être la vésicule biliaire, on fait le diagnostic de sténose pylorique d'origine biliaire.

Laparotomie sus-ombilicale médiane le 12 septembre 1906 (M. Delore). La vésicule biliaire, mince et distendue, ne contient pas de calculs. Elle porte à son pourtour des traces d'inflammation ancienne sous forme d'adhérences : c'est ainsi qu'elle est fixée au pylore, depuis son fond jusqu'au bassinet, par une bride cicatricielle très résistante, que l'on sectionne entre quatre ligatures. Le pylore, qui était coudé dans le plan frontal et ramené contre la paroi abdominale par cette bride, reprend sa situation normale sous le foie. Il n'existe sur le pylore aucune induration.

L'opération est terminée par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Elle n'a duré en tout que vingt minutes.

Suites opératoires simples; la convalescence fut rapide et l'opérée avait beaucoup engraisé, lorsqu'on se décida à pratiquer, deux mois après, une cholécystectomie.

Cette opération fut pratiquée le 20 novembre 1906 par M. Delore. Après avoir incisé la paroi abdominale en T renversé,

on enlève la vésicule adhérente au foie; elle ne contenait pas de calculs, mais ses parois épaissies montraient qu'il s'agissait d'une cholécystite chronique.

La malade sortit complètement guérie le 25 décembre 1906. Revue en avril 1908, elle se déclare très satisfaite du résultat éloigné.

OBS. II (due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bérard). — Sténose du pylore d'origine biliaire. Calculs de la vésicule et du cholédoque. Cholécystostomie. Cholécotomie avec drainage de l'hépatique. Gastro-entéro-anastomose. Mort au bout de 21 jours de collapsus.

Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, qui est envoyée par M. Pic dans le service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. Bérard.

De vingt à trente ans, elle aurait eu des douleurs gastriques avec vomissements muqueux survenant tous les deux ou trois jours. Jusqu'à trente-quatre, trente-cinq ans, ces troubles gastriques conservèrent la même allure clinique, puis à ce moment, apparition d'une péritonite avec douleurs abdominales vives, gros ventre, vomissements, etc. Ces phénomènes passèrent rapidement, mais à leur suite, pendant plusieurs années et environ tous les sept ou huit mois, jusqu'à l'âge de quarante ans, survinrent des crises douloureuses, qualifiées de coliques hépatiques, avec calculs dans les selles.

A partir de quarante-cinq ans environ, elle a commencé à avoir des vomissements alimentaires, survenant tous les quatre jours ou tous les deux jours. Par un traitement médical longtemps continué, elle fut soulagée de ses douleurs pendant cinq ans, mais les vomissements persistèrent.

Depuis un an environ, vomissements abondants d'aliments souvent ingérés depuis plusieurs jours; en somme, signes de sténose du pylore. Jamais d'hématémèses.

Amaigrissement considérable, faiblesse extrême, mais pas de cachexie. Pas d'ictère.

A l'examen, il existe des signes manifestes de dilatation gastri-

que. La vésicule est tendue, dure et paraît remplie de calculs. L'examen des autres viscères est négatif ; pas de ganglions, pas de température.

Intervention le 4 mai 1907 (M. Bérard). Incision para-médiane sur le bord droit du grand droit. Après ouverture du péritoine, on constate qu'il existe une ptose du côlon, dont la moitié-droite, enflammée, est énormément distendue. Le pylore est noyé dans des adhérences, qui coudent en même temps la première portion du duodénum. La vésicule, bourrée de calculs adhère au duodénum. L'hiatus de Winslow est fermé par des adhérences.

En présence de ces lésions, on commence par faire une gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique à la suture. Après cela, on explore les voies biliaires et on voit qu'il existe dans le cholédoque et l'hépatique de nombreux calculs qui occupent même la portion rétro-duodénale du conduit commun. Décollement du duodénum. Cholécotomie. Ablation des calculs, drainage de l'hépatique et tamponnement de la région sous-hépatique.

Les suites opératoires furent normales, mais la malade ne se remonta pas. A aucun moment, elle n'eut de signes de péritonite.

Pas de vomissements. Mais il était impossible de lui faire avaler quoi que ce soit et on fut obligé, pour la soutenir, de lui donner des lavements alimentaires et des injections de sérum. Puis une grande escarre se développa sur le sacrum. Mort au bout de trois semaines. A l'autopsie, la bouche stomacale était en parfait état ; les voies biliaires libres de tout calcul ; le foie cirrhotique. Pas de péritonite.

Aux poumons, adhérences pleurales anciennes avec lésions tuberculeuses des sommets. Congestion des bases.

OBS. IV (due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Villard). — Sténose pylorique d'origine biliaire. Gastro-entéro-anastomose avec jejuno-jéjunostomie. Cholécystostomie. Guérison.

Il s'agit d'une malade de quarante-huit ans qui entre, le 28 novembre 1907, dans le service de M. Villard, où elle est envoyée par le Dr Leclerc. Elle a eu une bonne santé jusqu'à ces trois dernières

années. A ce moment, elle commença à ressentir des crises gastriques violentes, sans vomissements, revenant tous les deux ou trois mois. L'état général était resté bon ; dans l'intervalle, la malade ne souffrait pas ; aussi elle n'attacha aucune importance à ces troubles.

Au mois de juillet dernier, elle eut une crise plus violente avec vomissements, qui l'obligea à rester au lit une huitaine de jours et dont elle ne se rétablit pas complètement. Elle conserva, en effet, des troubles digestifs, de la pesanteur après les repas, et, depuis quatre mois, elle vomit tous les jours et parfois même deux fois par jour. Jamais d'hématémèses, ni de mélcœna ; constipation. Amaigrissement et perte des forces.

Actuellement, il s'agit d'une femme au teint jaune, amaigrie, mais non cachectique. L'examen révèle des signes de dilatation gastrique manifestes, avec tuméfaction douloureuse dans la région vésiculaire ; le foie est un peu augmenté de volume. Rien aux autres organes. On hésite entre le diagnostic de sténose du pylore par néoplasme ou par brides consécutives à de la lithiasé biliaire.

Intervention le 3 décembre 1907 (M. Villard). — On trouve des adhérences nombreuses entre le pylore et la vésicule qui est très dur. L'estomac est dilaté ; aussi on fait d'abord une gastro-entérostomie antérieure à la suture avec jéjuno-jéjunostomie au bouton.

Ensuite, on libère les adhérences périvésiculaires, puis, on ouvre la vésicule dont on retire un très volumineux calcul.

Cholécystectomie partielle et cholécystostomie : suites bonnes, cependant la convalescence a été retardée par suite d'un abcès de la paroi. Guérison.

OBS. V. — Lithiasé de la vésicule et du cholédoque. Sténose pylorique d'origine biliaire. (Malade de M. Villard, présentée par M. Cavaillon à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 5 avril 1902).

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans qui entre le 27 février 1902 à l'Antiquaille, service de M. le Dr Villard.

Coliques hépatiques avec ictère il y a onze ans ; puis, après une période de calme pendant laquelle la malade peut exercer régulièrement son travail, nouvelle série de crises douloureuses. En dehors des crises, troubles digestifs caractérisés par de la pesanteur après les repas et par des vomissements inconstants et très irréguliers dans leur apparition.

A l'examen, signes de sténose pylorique manifestes. Du côté du foie, grosse vésicule, très facile à sentir, surtout au moment des paroxysmes douloureux.

Actuellement, il n'existe pas d'ictère.

Intervention le 5 mars 1902 (M. Villard). Incision médiane sus-et sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on voit que le foie est abaissé ; la vésicule adhérente au duodénum renferme un calcul dans son intérieur ; l'estomac est dilaté ; nombreuses adhérences au niveau du pylore, qui l'étranglent et le coudent. Le canal pylorique lui-même ne présente ni épaissement, ni induration.

Après avoir sectionné ces adhérences entre deux pinces, on explore le cholédoque qui est irrégulier, bosselé et dilaté, et qui renferme deux calculs. Cholécotomie, extraction des calculs.

L'exploration du cholédoque avec une pince en haut et en bas révélant l'absence de toute autre concrétion, on fait un double surjet au catgut sur ce canal. On incise ensuite la vésicule et on en retire 20 à 30 centimètres cubes d'une bile peu colorée, très visqueuse, dans laquelle on trouve un calcul. Suture de la vésicule. Drainage intra-péritonéal avec une mèche de gaze.

A la suite de cette intervention, la malade eut un peu de *shock* et on lui fit deux injections de sérum. Ensuite, guérison sans incidents.

On enlève la mèche le cinquième jour et les fils de la paroi le dixième.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles (mai 1908) ; elle n'a jamais eu de récurrence de coliques ou de calculs, elle est très contente de son opération et ne vomit plus du tout.

OBS. VI. — Gayet, Cholécystite calculeuse et sténose pylorique. Gastro-entéro-anastomose et cholécystostomie idéale. Guérison.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans qui souffre de l'estomac depuis vingt ans. Depuis trois ans, elle a des signes de dilatation gastrique. Pas d'hématémèses, ni de mélœna. Amaigrissement de 3 kilogrammes en quelques mois.

A l'examen, on trouve un estomac dont la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic; clapotage; tuméfaction de la région vésiculaire.

Intervention le 7 septembre 1906. Incision médiane sus-ombilicale. La région pylorique montre une tumeur indurée qui fait corps avec le pancréas(?) les adhérences contre-indiquent son ablation. On doute, d'ailleurs, de sa nature néoplasique, bien qu'il y ait des ganglions dans le petit épiploon; mais la tumeur n'a pas de limites précises et elle donne plutôt l'impression d'un amas d'adhérences inflammatoires; gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton.

L'incision de la vésicule montre ensuite l'existence dans son intérieur de deux calculs du volume d'une noix et la remplissant complètement. Cholécystostomie idéale.

Fermeture de la paroi à trois plans sans drainage.

Suites opératoires des plus simples, peu d'élévation thermique. La malade rend son bouton le quatorzième jour et sort bientôt après.

Revue en avril 1907, elle est complètement guérie. Les digestions sont bonnes et, à la palpation, on ne retrouve pas trace de tumeur.

OBS. VII (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Tixier). — Sténose pylorique d'origine biliaire. Gastro-entéro-anastomose postérieure et cholécystostomie. Persistance des vomissements. Jéjuno-jéjunostomie secondaire au bout de sept semaines. Mort.

Il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans qui entre à la salle Saint-Paul le 20 juillet 1907 pour une sténose du pylore.

Elle a eu une pleurésie à l'âge de quinze ans et, trois ans plus tard, une péritonite bacillaire à forme ascitique, pour laquelle elle a été soignée par M. Mayet.

En 1905, elle eut une crise hépatique avec ictère et fut soignée dans le service de M. Pic, suppléé par M. Péhu. Les troubles gastriques datent du début de l'année : Pesanteur après les repas, vomissements, constipation.

A l'examen, l'estomac est très dilaté et la palpation révèle de l'empâtement au niveau de la région pylorique. La malade est amaigrie, mais non cachectique.

Intervention le 24 juillet 1907. Le péritoine ouvert, on trouve un estomac très dilaté avec un pylore cicatriciel, mais non néoplasique. Adhérences épiploïques très marquées obstruant le duodénum et englobant la vésicule, qui renferme des calculs.

On fait alors une gastro-entérostomie postérieure de von Hacker à la suture et une cholécystostomie. Drainage de la vésicule.

Les suites de l'opération furent surtout caractérisées par la faible quantité de bile qui sort par la fistule. La malade est d'abord améliorée par cette intervention, mais, peu à peu, elle se remet à vomir. Aussi, le 15 septembre, dans l'idée qu'il existe un *circulus vitiosus*, on lui fait une entéro-entéro-anastomose. Mort le lendemain. Pas d'autopsie.

OBS. VIII (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Tixier). — Cholécystite calculeuse. Calcul du cholédoque. Sténose pylorique d'origine biliaire. Opération de Kehr. Simple libération des adhérences pyloriques. Mort de bronchopneumonie le douzième jour.

Il s'agit d'une femme, de soixante-six ans, qui avait, depuis vingt-neuf ans, des crises hépatiques qui sont toujours allées en augmentant. Depuis vingt-cinq jours, coliques revenant tous les jours. Elle a eu souvent de la fièvre et de l'ictère au moment des accès. Les selles ont été quelquefois décolorées.

Signes de sténose pylorique indiquant une intervention.

31 janvier 1908. — A l'opération, on constate l'existence de nombreuses adhérences reliant la vésicule ratatinée au pylore. Après libération du pylore, cholécystectomie sous-séreuse; section de la vésicule au ras du cholédoque. L'hépatique est libre mais très dilaté. Dans le cholédoque, calcul de la grosseur d'une noisette qu'on retire avec une pince. Hémostase soignée. Drainage de l'hépatique. Suture de la paroi.

Suites opératoires : bronchopneumonie. Mort le douzième jour.

A l'autopsie, plaie en bon état; pas de péritonite.

Fréquence. — Les sténoses pyloriques d'origine biliaire sont beaucoup fréquentes qu'on ne le croyait autrefois; elles sont surtout beaucoup mieux connues depuis que leur traitement chirurgical, entré dans la thérapeutique journalière, a permis d'en étudier les nombreuses causes et les différentes variétés.

Carle et Fantino (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898) ont trouvé que, sur 44 sténoses bénignes du pylorique il y en avait 6 d'origine lithiasique. Kramer dans les *Beiträge zur klin. Chir.*, en reprenant les faits déjà anciens observés à la Clinique d'Heidelberg et en y ajoutant quelques nouvelles observations trouve une proportion de 13 cas pour 139 sténoses du pylore bénignes.

Si nous cherchons maintenant à nous rendre compte de la fréquence de ces sténoses par rapport aux cas de lithiasé opérés, nous trouvons les résultats suivants :

Kehr	sur 1000 opérations.	. . .	22 cas.
Körte	— 449	— . . .	9 —
Czerny ¹	— 114	— . . .	5 --

Mécanisme. — Les sténoses pyloriques d'origine biliaire peuvent reconnaître différentes causes et, avec

¹ Statistique ancienne de Petersen.

Tuffier et Marchais, on peut invoquer comme pathogénie de ces accidents :

1° La simple pression sur le pylore ou la première portion du duodénum des calculs contenus dans la vésicule ou la portion terminale du cholédoque ;

2° L'obstruction de la lumière pylorique par un calcul libre dans sa cavité ;

3° L'existence de brides péritonéales étendues entre les voies biliaires et la région pylorique, que ces adhérences amènent un rétrécissement ou une coudure du canal pylorique ;

4° Enfin, la production d'un rétrécissement cicatriciel du pylore, par suite de la migration d'un calcul par une fistule cholécysto-pylorique.

Mais, dans la majorité des cas, l'occlusion du pylore relève de plusieurs causes à la fois.

Traitement chirurgical. — Lorsqu'on réunit les différentes observations de sténose pylorique d'origine biliaire et qu'on recherche les opérations pratiquées, on relève les particularités suivantes :

Dans un certain nombre de cas, on s'est occupé exclusivement des troubles gastriques ; dans d'autres, au contraire, uniquement de la lithiase ; dans la majorité des faits enfin, on a traité à la fois la sténose du pylore et la lithiase, qui en est la cause.

A laquelle de ces méthodes faut-il avoir recours ?

Il existe incontestablement un certain nombre de cas, dans lesquels la pathogénie de la sténose pylorique est telle qu'une intervention dirigée seulement contre la cholécystite calculeuse peut suffire à amener la cessation complète des troubles gastriques observés.

Ainsi, il est bien évident que dans une sténose par compression directe d'un gros calcul sur le canal pylorique, la simple ablation de la vésicule est susceptible de faire disparaître la stase gastrique qui en est la conséquence. Mais il s'agit là du mode de sténose de beaucoup le plus rare et l'on n'aura guère l'occasion de rencontrer des faits de ce genre.

Dans d'autres cas, on s'est contenté de libérer simplement les adhérences qui entouraient le pylore. A la rigueur, si l'on y joint la cholécystectomie, cette thérapeutique peut quelquefois suffire ; mais on ne devra jamais l'employer avec la simple cholécystostomie. Delay et Cavaillon, dans leur étude sur les périgastrites ont montré les insuccès fréquents de ces simples gastrolyses en face des résultats excellents que donne la gastro-entéro-anastomose. Si le foyer inflammatoire reste en place, les adhérences ainsi libérées, malgré la péritomisation la plus minutieuse des surfaces cruentées, ne manquent pas de se reproduire et elles peuvent devenir l'origine de nouveaux accidents.

Toutes les méthodes, qui s'adressent uniquement à la sténose pylorique, sans s'inquiéter de la lithiasse, nous paraissent devoir être complètement rejetées en raison des récidives et de la persistance des accidents lithiasiques auxquelles elles exposent. Les faits réunis par Kramer à la clinique d'Heidelberg le montrent jusqu'à l'évidence. Dans six cas où l'on s'était contenté d'une simple gastro-entérostomie, nous voyons que, trois fois, il y eut des troubles consécutifs. Chez une malade, les accidents de stase persistèrent et l'on fut obligé, un mois après, de faire une nouvelle

gastro-entéro-anastomose. Dans un autre cas, il persiste des phénomènes douloureux et la malade est obligée de garder la diète. Enfin, dans un dernier fait, le malade, opéré en 1901 eut, au milieu de 1904, de l'angiocholite et un abcès du foie dont il mourut. A l'autopsie : calculs du cholédoque, péricholécystite et compression du pylore.

On voit donc les inconvénients de cette thérapeutique. C'est une méthode qu'il faut réserver temporairement aux malades trop affaiblis, qui ne pourraient supporter une longue intervention; et, s'ils se relèvent de la cachexie dans laquelle ils sont plongés, on aura recours ensuite au traitement de la lithiasé. J'ai rapporté plus haut une observation dans laquelle Delore intervint ainsi en deux temps. La méthode est encore peu employée, mais je crois que sa pratique doit en être étendue.

Dans la plupart des sténoses pyloriques d'origine biliaire, que j'ai recueillies à l'occasion de ce travail, on voit que le plus souvent le chirurgien s'est adressé en même temps aux troubles gastriques et à la lithiasé. Suivant le siège des calculs dans les voies biliaires, on a fait, soit une cholécystostomie, soit une cholécystectomie, soit une cholédocotomie avec ou sans intervention sur le vésicule. Pour l'estomac, j'ai trouvé quelques cas de pyloroplastie, mais le plus souvent c'est la gastro-entérostomie qui a été employée. Enfin Fleischauer (*Deutsch. med. Woch.*, 1899), a eu recours à la pyloréctomie et à la cholécystostomie. Ils'agissait d'une malade qui, à la suite d'une fistule cholécysto-pylorique, présentait un calcul enclavé au niveau du pylore. Guérison.

Je ne saurais, sans dépasser les limites forcément restreintes de cette étude, discuter ici les avantages et les inconvénients de ces différents procédés opératoires. On sait que, d'une façon générale, la pyloroplastie, en raison de ses nombreux échecs, est tombée dans un discrédit à peu près absolu et on lui préfère habituellement la gastro-entérostomie postérieure dont la mortalité immédiate n'est pas plus élevée. Comment traiter la vésicule ?

Lorsqu'on parcourt les nombreuses observations publiées, on voit que la cholécystostomie a été employée surtout à cause de sa facilité d'exécution et dans la seule idée de ne pas prolonger une intervention souvent déjà très longue. Mais, j'ai déjà dit à plusieurs reprises que, dans ces lithiases compliquées, il y avait des altérations vésiculaires telles, que l'ectomie était, en réalité, le procédé de choix. En principe, c'est à elle qu'il faut donner la préférence ; et, comme souvent le traitement de la lithiasse peut passer au second plan, si l'intervention en un seul temps paraissait aggraver le pronostic opératoire, on pourrait, sans inconvénients, recourir à l'opération en deux temps, telle que nous l'avons indiquée plus haut.

LA LITHIASSE ET L'INTESTIN

La lithiasse biliaire détermine, sur les fonctions intestinales, des troubles d'origine inflammatoire ou mécanique, absolument comparables aux complications gastriques que nous venons d'étudier.

1° Troubles intestinaux. — Chez un grand nombre de malades, en outre des troubles dyspeptiques, il n'est pas rare d'observer des troubles intestinaux plus ou moins tenaces et plus ou moins pénibles. Ils se manifestent en clinique, tantôt sous forme d'alternatives de diarrhée ou de constipation, tantôt sous forme d'entérocólite muco-membraneuse, mais, plus souvent peut-être, sous forme d'une constipation plus ou moins opiniâtre.

Leur pathogénie est la même que pour les troubles dyspeptiques ; il est donc inutile d'y revenir. Remarquons une fois de plus leur ressemblance avec les troubles de même nature observés au cours de l'appendicite ou des annexites chroniques.

Leur existence peut être, dans quelques cas, une indication d'intervenir dans la lithiase. J'en ai donné plus haut les raisons et je ne saurais y revenir ici sans tomber dans des répétitions inutiles.

2° Sténose intestinale d'origine biliaire. — Par le retentissement péritonéal qu'elle détermine, la cholécystite calculeuse aboutit souvent à la formation d'adhérences, qui étranglent l'intestin. D'autres fois, les calculs accumulés dans la vésicule peuvent, par leur nombre ou par leur volume, déterminer une sténose du duodénum. Ces faits sont absolument comparables à ceux que nous avons étudiés au niveau du pylore. Ils ont été bien étudiés par Ranke (th. Leipsick, 1903), et Friedmann (*Med. Record*, 1908) vient d'en publier un nouvel exemple. Mais l'étude que nous avons faite des sténoses du pylore nous

dispensera d'en faire une étude détaillée. Leur thérapeutique doit s'inspirer des mêmes principes que j'ai développés au sujet du traitement des sténoses pyloriques. Je me borne à donner deux faits de sténose duodénale inédits observés à la clinique de M. le professeur A. Poncet et opérés par M. Delore. J'y joindrai ensuite un cas de rétrécissement du côlon opéré par M. Gayet et qui a été présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon en 1903.

OBS. IX. (Recueillie à la Clinique de M. le professeur A. Poncet). — Sténose duodénale d'origine biliaire. Gastro-entérostomie d'urgence. (M. Delore).

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui, atteinte d'une cholécystite volumineuse, avait refusé l'opération à M. Delore il y a deux ans.

Elle avait accepté et subi depuis lors, dans divers hôpitaux, une néphropexie et une cure radicale de hernie. Ces moyens n'avaient pas empêché son état d'empirer. Depuis plusieurs mois elle vomit tout, a pris une phlébite du membre inférieur gauche, et elle est actuellement réduite au dernier degré de la cachexie.

M. Delore pratique, le 4 février 1908, en quelques minutes, une gastro-entérostomie d'urgence transmésocolique. L'estomac est dilaté. *La vésicule biliaire, remplie de calculs, est volumineuse; son fond est adhérent à la partie sus-mésocolique de la seconde portion du duodénum et paraît appuyer sur cet intestin.*

Si la malade se remonte, on pratiquera dans quelques semaines une cholécystectomie.

21 février. — L'opérée quitte l'Hôtel-Dieu. Les vomissements ont cessé, mais la cachexie est toujours accentuée.

Nous avons appris depuis qu'elle avait succombé aux progrès de la cachexie et que l'opération trop tardive n'avait pu amener son rétablissement.

OBS. X. — Calculs des voies biliaires. Sténose extrinsèque sous-pylorique. Cholécystotomie (M. Delore).

Il s'agit d'une femme, âgée de soixante ans, demeurant à Tain (Drôme), qui souffrait, depuis de nombreuses années, de coliques hépatiques. Les accidents se sont aggravés depuis trois mois. Il existe un ictère variable, des *vomissements bilieux fréquents*, répétés deux à trois fois par jour, et enfin des accès fibriles de courte durée pendant lesquels la température monte jusqu'à 40°, 8. Cette femme est très affaiblie, ne mange plus.

Le foie n'est pas augmenté de volume. Sous le rebord des fausses côtes droites, près du bord externe du muscle droit, on a l'impression d'une tumeur et l'on produit de la douleur.

Le 4 juin 1908, M. Delore pratique, à 3 ou 4 centimètres au-dessous des fausses côtes droites, une incision oblique, qui coupe le muscle droit. Le foie non hypertrophié paraît déjà scléreux. Au-dessous de son bord antérieur, apparaît le fond de la vésicule très épaissi et adhérent à la première portion du duodénum. On en enlève tout d'abord un calcul, du volume d'une cerise, contenu *dans un diverticule absolument clos de toutes parts*. Puis, plus profondément, après décollement de la première portion du duodénum qui est adhérente, comme nous l'avons dit, et en arrière de cet intestin, on ouvre une assez volumineuse collection biliaire, dans laquelle se trouve un calcul volumineux, des dimensions d'une grosse noix. Cette cavité représente la vésicule et le bassinot dilaté.

Au fond, on trouve un orifice assez large ; c'est le cystique dans lequel on met aussitôt un long drain, calibre 24 filière Charrière. Ce drain, enfoncé d'au moins 10 centimètres, va dans l'hépatique et livre passage aussitôt à de la bile en assez grande quantité. On ne sent pas d'autres calculs dans le cholédoque.

Après avoir fait une cholécystectomie partielle, on suture les bords du décollement duodénal et vésiculaire au péritoine pariétal. On met deux petites mèches dans la cavité, dont sort également le drain. Durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

En résumé, vieille cholécystite, angiocholite calculeuse, adhérences duodénales à la vésicule, compression du duodénum par un gros calcul de la vésicule, placé en arrière du duodénum, fixé par les adhérences.

Cholécystectomie partielle, ablation des calculs, drainage de l'hépatique par le canal cystique dilaté.

Guérison.

OBS. XI. — Cholécystite calculeuse. Péricholécystite, Rétrécissement de côlon transverse. Anastomose côlo-colique et cholécystostomie (M. Gayet). Fermeture secondaire de la fistule (M. Jaboulay).

B. A..., cinquante-huit ans, demeurant à Lyon, entre au mois d'août 1902 dans le service de M. Garel, pour une affection douloureuse de l'abdomen. Depuis l'âge de douze ans il a souffert du ventre, surtout immédiatement après les repas. A l'âge de vingt ans, ces douleurs disparaurent. Vers quarante ans, elles revinrent, d'abord légères puis augmentant progressivement d'intensité et de fréquence. A cinquante ans, elles devinrent presque intolérables, elles étaient quotidiennes, survenant surtout après les repas, une heure environ après et durant à peu près trois heures. Elles siégeaient dans la partie latérale droite de l'abdomen, depuis la fosse iliaque droite jusqu'au-dessous du foie et dans la région épigastrique. Pendant ces crises, le flanc droit devenait volumineux, il se formait une sorte de bosse dans la région cæcale. Le malade, qui habitait alors Paris, consulta un grand nombre de médecins et prit beaucoup de remèdes sans être soulagé.

Bientôt des vomissements succédèrent aux crises douloureuses. C'étaient des vomissements alimentaires parfois striés de sang, qui terminaient souvent les crises douloureuses.

Il y avait de la diarrhée, ou bien des selles fragmentées, ovillées, dures, aplaties. Les crises douloureuses s'accompagnaient de bruits musicaux dans la fosse iliaque droite.

L'état général est encore assez bon à l'entrée, mais l'amaigris-

sement est considérable, perte des forces. Teint naturel, non ictérique; le malade aurait eu cependant un peu d'ictère à plusieurs reprises. Etat névropathique prononcé.

M. Garel, pensant à un rétrécissement non cancéreux du gros intestin, fait passer le malade dans le service de M. le professeur Jaboulay, suppléé par M. Gayet.

Le repos et le régime : lait, lavements, etc., semblent d'abord améliorer son état. Mais de temps à autre éclate encore une crise, avec gonflement du cæcum, on décide alors l'intervention.

Opération le 22 octobre 1902. Laparotomie médiane sus-et sous-ombilicale. Côlon ascendant très dilaté, rien sur le transverse qui est ptosé. Vésicule entourée d'adhérences coudant étroitement le côlon au delà de son angle. Libération de quelques-unes de ces adhérences; puis, pour mieux assurer la circulation des matières, anastomose du côlon ascendant au côlon transverse. Cette anastomose faite à la suture a environ 6 centimètres de longueur. Se reportant à la vésicule, on la trouve bourrée de calculs; on l'incise, on évacue plusieurs gros calculs, puis il en vient de plus petits, la bile est boueuse. On fait alors passer le fond de la vésicule à travers une boutonnière qui perce le grand droit et on la fixe à la peau.

Les jours suivants on trouve encore de nombreux calculs dans le pansement. Le troisième jour, purgation : selles faciles et abondantes.

4 novembre. — La plaie médiane est cicatrisée.

8 novembre. — Aucun calcul ne sort plus, la bile est claire. M. le professeur Jaboulay suture après dissection, mais sans entrer dans le péritoine l'orifice de la vésicule, et ferme la peau par-dessus.

La bile continue à couler par la plaie les jours suivants.

29 janvier. — M. Jaboulay fait une opération intra-péritonéale, libère complètement la vésicule de la paroi, ferme la fistule par adossement séro-séreux; la peau est suturée.

10 février. — La plaie est cicatrisée, la bile a repris son cours normal. Le malade est très satisfait, il ne souffre plus et ses fonctions digestives ont repris leur régularité.

3° **Iléus biliaire.** — La présence de calculs biliaires dans l'intestin et son occlusion consécutive ont été signalées déjà depuis fort longtemps. Dans une revue générale de la question, faite en collaboration avec mon ami R. Leriche, nous avons rappelé les différentes publications sur ce sujet. Je me contenterai de citer ici, parmi les travaux les plus récents, la thèse de Hermann (Jena, 1904), celles de Benning (Leipsick, 1905), de Kollecker (Kiel, 1904) et de Carl (Fribourg, 1905). Mayo Robson (1904), Rolleston (1905), Körte (1905) et Wilms (1907) donnent à cette affection une place importante dans leurs traités sur la lithiasse ou l'occlusion intestinale.

Fréquence. — L'occlusion intestinale par calculs biliaires est relativement fréquente. Courvoisier en 1890 en comptait déjà 131 cas; Gaillard en 1895 portait ces chiffres à 225 et Hermann en 1904 en réunissait dans sa thèse 249 exemples. En ajoutant à ces faits, les observations, que nous avons recueillies de différents côtés on arrive actuellement à un total de plus de 300 cas publiés.

Conséquence de la lithiasse, l'occlusion intestinale par calculs, comme celle-ci se rencontre surtout dans le sexe féminin. De même, elle frappe avec prédilection les sujets d'un certain âge.

Au point de vue *pathogénique* les calculs qui donnent lieu à de l'obstruction arrivent quelquefois de l'intestin par l'ampoule de Vater (Le Roy, 6 cas sur 111), mais le plus souvent, ils sont venus par une fistule bilio-intestinale. J'ai déjà eu l'occasion d'ailleurs de m'expli-

quer sur la fréquence de ces communications anormales et je ne saurais y revenir ici.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'ils sont arrivés dans la lumière intestinale, plusieurs facteurs interviennent généralement pour parfaire l'occlusion ; il est rare, en effet, que le calcul détermine par lui seul ces phénomènes d'étranglement. Dans l'étude que nous avons faite, Leriche et moi, de l'iléus biliaire nous avons réuni les différents mécanismes qui peuvent présider à l'arrêt des matières intestinales : lésions adjuvantes telles que rétrécissements intestinaux, adhérences anciennes et lésions déterminantes : volvulus, obturations, ulcérations de la paroi, péritonite, etc. Je ne peux m'étendre ici sur toutes les altérations qui ont été relevées au cours d'opérations ou d'autopsies pour iléus biliaire. Je rappelle seulement que c'est la fin du grêle qui est de beaucoup le plus souvent intéressée par l'obstruction.

Les *symptômes* de l'occlusion intestinale par calculs biliaires sont des plus variables dans leur date d'apparition aussi bien que dans leur gravité. D'après certains auteurs, les calculs pourraient séjourner assez longtemps dans l'intestin sans donner lieu à aucun accident et ceci nous explique que le début clinique de l'iléus puisse être plus ou moins tardif et succède de plus ou moins près à l'arrivée du calcul dans l'intestin.

Quant aux signes cliniques en eux-mêmes, ils dépendent du siège de l'obstruction et de son degré. Suivant que le calcul s'arrête dans le duodénum, dans le grêle ou le gros intestin, les manifestations cliniques auxquelles il donne lieu sont essentiellement variables

suivant ces cas ; mais elles ne diffèrent en rien de celles qu'on observe au cours d'autres occlusions.

Au point de vue de son *évolution* on considère généralement l'iléus biliaire comme ayant un pronostic moins sombre que les autres variétés d'occlusion intestinale.

Courvoisier sur un total de 123 cas donne une proportion de guérisons spontanées de 56 pour 100 ; Schüller, d'après 150 cas, celle de 44 0/0 ; Kirmisson et Rochard par contre ne trouvent une suite favorable que de 32 pour 100 des cas non opérés. Mais, ces chiffres n'indiquent nullement, à mon avis, le taux de la mortalité et je crois que les statistiques médicales publiées sont bien meilleures qu'elles ne le sont en réalité, car elles sont dégreivées d'un grand nombre des cas de malades qui sont passés mourants en chirurgie ou qui seraient morts sans une opération pratiquée à propos.

D'une façon générale, les occlusions du grêle revêtent plutôt la forme aiguë et les obstructions du côlon, la forme chronique. Les premières ont un pronostic beaucoup plus sévère que les secondes.

Traitement. — On a discuté beaucoup sur la valeur thérapeutique des différents modes de traitement de l'iléus biliaire. Le nombre relativement considérable de guérisons spontanées, relevées dans la littérature, a conduit certains auteurs à pousser l'expectative jusqu'aux plus extrêmes limites. Et cette opinion pouvait paraître d'autant plus justifiée que pendant longtemps les chirurgiens, n'opérant que des agonisants, les statistiques opératoires donnaient une mortalité beaucoup plus élevée que les statistiques médicales. Aujourd'hui, où l'on est mieux fixé sur l'évolution et le pronostic

opératoire de l'occlusion, l'opération a changé de face.

Si l'iléus biliaire conserve un pronostic relativement favorable, par suite du nombre assez important de guérisons spontanées, susceptibles de se produire, il importe de rappeler que le plus souvent, il est impossible de faire le diagnostic de la cause de l'occlusion. On ne peut donc compter sur l'issue favorable dont nous avons parlé : le malade est un occlus, il doit être opéré dans les plus brefs délais.

Si le tableau clinique suffisamment précis, permettait un diagnostic ferme, on pourrait essayer de favoriser l'expulsion du calcul par les voies naturelles et attendre quelques heures la guérison spontanée : pour favoriser la migration de la pierre, on a préconisé certains médicaments plus ou moins actifs : Wising, Schuller, Stolz recommandent les purgatifs ; d'autres ont parlé d'antispasmodiques et employé les opiacés. Wilkinson, Kirmisson et Rochard indiquent l'injection d'atropine, ou l'administration d'extrait de belladone.

Certains auteurs ont également préconisé le massage, les lavements de toutes sortes, gazeux, électrique, etc. Il sera bon de ne pas trop s'attarder à ces petits moyens. Certes, on a vu des calculs volumineux franchir sans encombre toute la filière intestinale. Blackburn a observé la migration sans accroc d'une pierre de 4 centimètres de long sur 9,5 de large. Ad. Goldschmidt, celle de calculs de 4 sur 5 centimètres, etc., mais ce sont des éventualités rares, sur lesquelles il ne faut point compter. Et, en règle générale, quand au bout de

36 heures, la thérapeutique médicale n'aura donné aucune modification appréciable dans l'état du malade, il ne faudra pas attendre la péritonite ou la stercorémie pour agir. Le pronostic de l'opération et la vie du malade dépendent maintenant de la rapidité de la décision.

L'opération étant admise, la conduite à tenir sera simple.

Si on excepte les cas rares où la palpation indique nettement en un point fixe de l'abdomen, le siège du calcul, et où l'on incisera directement sur lui ; le plus souvent, on aura recours à une laparotomie médiane à la fois sus et-sous-ombilicale. Le ventre ouvert, il est généralement facile de trouver l'anse obstruée. Elle sera amenée au dehors, toutes les fois et autant qu'on le pourra ; dès lors, on devra se proposer comme objectif de lever l'obstacle. Dans un cas partout cité, Desguin réussit à chasser dans le cæcum un calcul obstruant la fin de l'iléon, et referma le ventre sans s'occuper davantage du sort de cette pierre. Le malade guérit ; mais ce succès n'est point suffisant pour faire ériger cette méthode en un mode de faire, qui laisse dans l'intestin un corps étranger capable de nouveaux méfaits. On ne doit pas terminer l'opération sans avoir levé l'obstacle, quel qu'en soit le siège (duodénum, iléon, etc...), et pour cela il faut ouvrir l'intestin. Lejars a conseillé avec raison de ne pas faire cette entérotomie au niveau même du calcul où les tuniques sont friables et infiltrées, mais de se reporter en zone saine où les sutures tiendront mieux.

La pince enlevée, il faudrait de plus, pour certains

auteurs, assurer la vidange intestinale, et évacuer tous les produits toxiques, amoncelés au-dessus de l'obstacle. Si, l'état général est mauvais, la stercorémie profonde, il sera bon, en effet, d'aboucher l'intestin à la peau, mais il nous semble exagéré de faire l'anus contre nature systématique, comme le recommande Körte. Il va de soi que si la paroi malade est en danger de sphacèle, l'entérectomie s'imposera comme dans toute autre occlusion. Hors ces cas, la paroi intestinale sera ordinairement refermée à deux plans et l'anse abandonnée dans le ventre sans drainage. Wilms préconise la suture transversale de la plaie d'entérostomie de façon à agrandir le calibre intestinal et à prévenir la sténose ultérieurement possible. On est libre de s'y conformer ou non : nous ne voyons pas que cela puisse mettre à l'abri d'une sténose, s'il doit s'en faire une.

Tout ce que nous venons de voir, vise l'occlusion aiguë complète. Dans l'obstruction, la ligne de conduite est moins nette, et les indications moins impérieuses sont surtout fournies par l'état général et l'intensité des signes fonctionnels ; d'une manière générale, on a le temps de la réflexion. Du reste, les lignes générales de l'intervention sont les mêmes : entérotomie, extraction du calcul, entérorraphie.

Quels sont les *résultats actuels* de ces interventions ?

Il est intéressant de les opposer tout d'abord aux résultats anciens. Les premières statistiques donnent assez régulièrement une léthalité de 100 pour 100. Audry en 1886, cite 6 opérés, 6 morts, Gonzalès, un an après, 7 cas, 7 morts. En 1897, Raymond, dans sa

thèse, réunissait par contre 32 cas avec 14 décès, soit 64 pour 100 de guérisons.

Les chiffres bien plus complets, colligés par Hermann, donnent 82 opérés avec 52 morts, mais il s'agit dans la plupart des cas, d'opérations faites avant la période antiseptique. Ch. Benning, qui ne retient que les faits de la période décennale 1894-1904, apporte 43 succès et 64 interventions, c'est-à-dire du 67,2 pour 100.

La mortalité, semble donc être aujourd'hui de 32 pour 100 environ, elle s'abaissera beaucoup encore, le jour où on n'aura plus à opérer des calculeux, en péritonite ou en collapsus.

Ce qui le montre bien, c'est que, en enlevant, dans la statistique de Benning, les cas opérés *in extremis*, on voit la guérison se produire dans 77,6 pour 100 des cas, bien plus souvent, par conséquent que la guérison spontanée qui, d'après les chiffres relevés, ne s'observe guère que dans la moitié des cas.

OBS. XII. — (Clinique de M. le Professeur A. Poncet). — Occlusion intestinale par calcul biliaire. Entérotomie (M. Delore). Guérison.

Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans qui entre dans le service de M. le professeur A. Poncet pour des accidents d'occlusion intestinale. Il y a cinq jours elle fut prise de coliques violentes, de vomissements qui d'abord biliaires, prirent bientôt le caractère fécaloïde. Météorisme de l'abdomen. Arrêt des gaz et des matières. Anurie depuis quelques jours. Refroidissement des extrémités. Toucher rectal négatif. Au toucher vaginal, un peu de sensibilité du cul de sac postérieur.

En raison du météorisme le siège de l'obstacle était difficile à

préciser. L'anurie, l'abondance des vomissements plaident en faveur d'une lésion de l'intestin grêle.

Quant à la cause de l'obstruction, il était bien difficile de la fixer. La malade avait bien eu un an avant des coliques hépatiques et souffrait d'une constipation habituelle, mais on ne pouvait sur ce seul signe faire le diagnostic d'iléus biliaire.

Laparotomie d'urgence à l'entrée de la malade. Pas de liquide dans le péritoine ; le cæcum est vide.

La première anse intestinale dilatée fut attirée au dehors ; après l'avoir déroulée sur une longueur de dix centimètres à peine, on voit que la lumière intestinale renferme un gros calcul qui l'obstruait complètement. Entérotomie ; extraction du calcul. Suture. L'anse fut maintenue au contact de la plaie qu'on draine. Guérison.

Le calcul, qu'on a extrait, a 5 centimètres de long sur 3 de large. Son volume fait donc présumer qu'il a passé par une fistule cholécysto-duodénale.

4° Lithiase et Appendicite. — La coexistence d'une cholécystite et d'une appendicite est chose tellement fréquente qu'on ne saurait considérer ces deux lésions comme associées par le simple fait du hasard.

Jusqu'à ces dernières années, on avait bien signalé déjà quelques formes de cholécystite à forme d'appendicite, mais les relations de ces deux localisations infectieuses et leur association sur le même sujet avaient passé inaperçu. MM. Tripier et Paviot, les premiers, dans leurs recherches sur la péritonite sous-hépatique montrèrent la fréquence et l'origine des altérations concomitantes de la vésicule et de l'appendice. La question fut ensuite étudiée en France, par Dieulafoy et, en Allemagne, par Becker (1903). L'année suivante, Lévy, dans sa thèse inaugurale, lui consacrait une étude importante.

Dans le total des faits que j'ai recueillis et qui ne portent que sur des statistiques générales de lithiasse, j'en ai trouvé un certain nombre d'exemples. Bien d'autres cas isolés ont été publiés et, en les réunissant, on pourrait arriver à un total de faits imposant. Mais ceux dont je dispose suffisent à mettre en lumière les quelques particularités thérapeutiques, qui me paraissent résulter de cette association morbide.

Il est difficile d'apprécier la fréquence absolue de la coexistence d'une appendicite et d'une cholécystite.

Becker, en 1903, à la clinique de Müller, sur 125 opérations pour lithiasse, la signale dans cinq observations. Par contre, Sonnenburg, au cours de 600 laparotomies pour appendicite n'en aurait trouvé que deux cas.

J'ai recherché, pour ma part, tous ces faits dans les statistiques de lithiasse biliaire que j'ai réunies : et voici les chiffres auxquels j'arrive :

Körte, 278 (opérations) de lithiasse	7 cas.
Kümmel, 228 —	3 —
Kehr, 200 —	12 —
Czerny de 1897 à 1901, 136 opér. . , ...	1 —
— de 1901 à 1906, 220 — . , ...	6 —

Au point de vue clinique, le syndrome qui résulte de l'association d'une appendicite ou d'une cholécystite calculeuse se caractérise par des signes qui relèvent de chacune de ces localisations infectieuses. Mais ces symptômes ne coexistent pas toujours au même moment et, à côté des formes dans lesquelles les manifestations appendiculaires et vésiculaires se présentent simultanément, il en est d'autres, au contraire, qui se distinguent par l'évolution alternative de ces

manifestations. Il est donc tout à fait inutile de décrire ici les symptômes de la cholécysto-appendicite. Disons seulement qu'il s'agit le plus souvent de formes chroniques récidivantes.

Dieulafoy a rapporté deux cas, dans lesquels Segond dut intervenir d'urgence, pour parer à des accidents aigus d'infection, et Grant a signalé un fait de perforation double de la vésicule et de l'appendice. Mais, il s'agit là de faits exceptionnels. De même, il est très rare d'observer des collections péri-appendiculaires volumineuses, et la péritonite de voisinage reste le plus souvent plastique et aboutit seulement à la formation d'adhérences, qui englobent plus ou moins la vésicule, le côlon, le cæcum et l'appendice.

On sait que MM. Tripier et Paviot ont fait précisément de cette péritonite le *primum movens* des lésions appendiculaires. La coexistence de l'appendicite et de la cholécystite n'est pas fortuite. Pour eux, l'infection est descendante; elle se localise d'abord sur la vésicule; puis, par l'intermédiaire du péritoine, elle arrive jusqu'au niveau de l'appendice. Sur les appendices enlevés soit à chaud, soit à froid qu'ils ont eu l'occasion d'examiner, ils ont toujours constaté des lésions très étendues de péritonite, alors que la muqueuse, les follicules clos ou les glandes appendiculaires avaient conservé leur intégrité anatomique. En résumé, l'appendice ne fait que subir le processus qui l'entoure et la crise appendiculaire est produite par l'éclosion d'une péritonite à point de départ péri-appendiculaire, cholécystique. L'appendice est pris ou non dans le foyer, il y subit passivement les altérations que com-

portent la nature, l'évolution et l'intensité de cette inflammation péritonéale, mais il n'y est pour rien, du moins à l'origine. L'appendice ne joue qu'un rôle secondaire dans la pathogénie de ces lésions, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels, que cette inflammation péri-appendiculaire relève d'une lésion primitive de l'appendice.

De même, Dieulafoy admet que, dans la majorité des cas, ce sont les symptômes des lésions biliaires qui ouvrent la scène : les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement.

Enfin, pour Kehr et pour Lévy, la coexistence d'une appendicite et d'une cholécystite sur un même malade sont les effets d'une même cause, d'une même infection¹.

Indications chirurgicales. — Qu'on admette avec MM. Tripier et Paviot que l'appendicite est une conséquence de la cholécystite, ou bien qu'on partage à ce sujet les idées de Kehr, il n'en est pas moins vrai que la coexistence de ces deux affections constitue un double danger pour l'individu, qui en est atteint et les

¹ *Appendicite consécutive à la présence des calculs biliaires dans la cavité appendiculaire.* On a publié quelques faits d'appendicites consécutives à la pénétration et à l'enclavement de calculs biliaires de l'appendice. C'est ainsi que Lediard (*Gallstones in the Appendix, Lancet*, 1907) a publié l'observation d'un malade, dans l'appendice duquel il trouva, à l'opération, onze calculs à facettes, dont le centre était formé de pigments biliaires et qui étaient composés surtout de cholestérine. Des faits plus ou moins analogues ont été rapportés par Trousseau, Sirey, Rehn, Trèves et Vegeler. Plus récemment, Mayo Robson a publié un cas de péritonite généralisée à la suite de cette complication de la lithiase, mais la plupart de ces faits remontent à une période où les calculs stercoraux méconnus étaient pris pour des calculs biliaires. Il s'agit en somme de faits exceptionnels.

indications chirurgicales ne peuvent qu'en être rendues plus pressantes et plus absolues.

Je ne m'attarderai donc pas à discuter la nécessité de l'intervention et je m'occuperai seulement des conditions dans lesquelles elle doit être pratiquée. Elles se résument, d'ailleurs, dans cette simple proposition : il faut intervenir sur les deux foyers de l'inflammation. Se contenter d'opérations incomplètes, c'est s'exposer souvent aux conséquences les plus graves et laisser le malade sous la menace de nouveaux accidents.

Les faits qui ont été publiés par Lévy, dans sa thèse, ou ceux, que nous avons recueillis nous-même, le montrent suffisamment. Voici, d'ailleurs, quelques exemples tout à fait significatifs :

Chez un homme de 46 ans, opéré par Müller, et dont l'observation est rapportée dans le travail de Becker, *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1903), on s'était contenté d'enlever l'appendice. Les douleurs persistèrent ; de nouvelles crises apparurent dès la convalescence ; le malade devint ictérique et neuf mois après on fut obligé d'intervenir à nouveau. Cholécystectomie. Guérison.

Dans un cas de Kehr où des accidents dus à l'anesthésie obligèrent à se contenter d'une seule appendicectomie, le malade continua également à présenter des phénomènes douloureux.

Un malade de von Rehn, huit jours après avoir subi une résection de l'appendice, ressentit des douleurs dans la région de la vésicule biliaire et deux mois après, on fut obligé de lui faire une cholécystectomie. Guérison.

La persistance des accidents après une simple appendicectomie paraît être en faveur de la théorie de MM. Tripier et Paviot : l'intervention ne donne rien, parce qu'elle ne s'adresse pas à la véritable cause des lésions. Mais, même si l'on admet les idées de ces auteurs, il ne faut pas croire qu'une opération qui ne s'adresse qu'à la vésicule suffise à amener la guérison.

Dans un cas déjà ancien rapporté par Becker, Czerny s'était contenté d'enlever la vésicule. Le malade mourut de péritonite qui a peut-être son point de départ dans l'appendicite qui existait en même temps et qu'on reconnut à l'autopsie. Chez un autre malade, le même chirurgien ne traita que la cholécystite : ablation des calculs et cholécystostomie. Les douleurs persistèrent et vingt et un mois après, un abcès se développa autour de l'appendice. Incision sans résection de l'appendice. Guérison.

Le drainage des voies biliaires, même lorsqu'il est combiné à l'incision d'un abcès sans enlever l'appendice est susceptible de laisser persister les accidents. Une femme de cinquante-quatre ans dont l'histoire se trouve dans la thèse de Meusser (Iéna, 1897) vient à l'hôpital avec un abcès peri-cœcal ayant perforé la paroi abdominale antérieure. Six semaines après les douleurs et la température persistant, on fait une nouvelle intervention. La vésicule est saine et adhérente; on trouve un calcul dans le cystique : cholécystostomie. Mais la suppuration ne se tarit pas. Une pneumonie se développe ensuite qui détermine la mort de cette malade. A l'autopsie, appendice adhérent au cæcum avec deux petites perforations.

De même, dans un cas de Körte, il y avait une cholécystite avec pericholécystite et abcès sous-phrénique. Incision de l'abcès et drainage de la vésicule. Malgré cela le malade meurt; à l'autopsie, on reconnaît, en outre, l'existence d'une appendicite avec phlegmon rétro-péritonéal.

Je pourrais encore citer plusieurs faits plus ou moins analogues, mais je crois avoir suffisamment démontré l'utilité d'une intervention qui s'adresse à la fois aux deux foyers de l'infection.

Au point de vue opératoire, la technique sera évidemment bien différente, suivant les conditions dans lesquelles on se trouve. S'il s'agit de malades en pleine poussée aiguë, il semble bien que la meilleure tech-

nique est celle qui a été suivie par Segond dans les deux faits, qui ont fait le sujet de la communication de Dieulafoy. Il faut d'abord faire la résection de l'appendice et se contenter ensuite d'ouvrir la vésicule. La cholécystectomie dans de telles conditions me paraît beaucoup plus grave, et j'estime qu'il vaudra mieux la faire dans une opération secondaire.

Lorsqu'il y a simultanément de la gangrène de la vésicule et de l'appendice avec péritonite généralisée, le seul traitement, c'est évidemment l'ablation des deux organes. Ces faits sont heureusement très exceptionnels.

Lorsqu'il s'agit de cholécystite et d'appendicite chronique, il est le plus souvent possible, par une opération bien réglée, de faire l'ablation simultanée de l'appendice et de la vésicule, et c'est l'opération à laquelle il faut donner la préférence. Dans un premier temps de l'intervention, on s'adressera aux lésions appendiculaires et on fera la résection de l'appendice suivant la technique habituelle. Puis, remontant du côté de la vésicule, le chirurgien s'attaquera aux lésions vésiculaires, qu'il traitera par l'ectomie. Seules des difficultés opératoires trop grandes ou le mauvais état général du malade me paraissent contre-indiquer la résection de la vésicule.

On trouvera dans les statistiques que je rapporte à la fin de ma thèse les résultats de nombreuses interventions pour cholécysto-appendicite. Je me borne ici à donner deux observations inédites que je dois à l'obligeance de MM. Bérard et Tixier.

OBS. XIII. — (Service de M. le Dr Bérard.) — Cholécystite et Appendicite. Appendicéctomie et Cholécystostomie. Guérison.

M^{me} O. D..., vingt-huit ans, couturière, est envoyée à l'hôpital avec des signes de péritonite, que son médecin attribue à une infection génitale. On ne relève rien dans ses antécédents héréditaire. Son interrogatoire est très difficile en raison de son état de souffrance et l'on peut seulement arriver à reconstituer son histoire actuelle :

Il y a huit jours, elle fut prise brusquement dans la nuit de douleurs violentes au niveau de la fosse iliaque droite. Le lendemain, vomissements et diarrhée qui ont persisté jusqu'à ce jour.

A l'entrée, il s'agit d'une malade, infectée, pâle et abattue — Subictère des conjonctives. — Le poulx est rapide, mais bien frappé. 100 pulsations. La température atteint 39° 4.

A l'examen du ventre, on voit qu'il existe un peu de ballonnement. La paroi abdominale est en état de défense : les muscles sont contractés. Par la palpation, on révèle seulement de la douleur dans le côté droit. Il existe de l'empatement au niveau des fausses côtes, qui se prolonge jusque dans la région appendiculaire. Mais on ne trouve pas de collection.

En présence de ces symptômes et devant l'état général assez bon de la malade, malgré la fièvre élevée, on ordonne le repos absolu avec application de glace.

Deux jours après, la température restant élevée, M. Bérard se décide à intervenir (31 janv. 1908). Incision sur le bord du grand droit pour aborder la vésicule. On tombe sur un foyer d'adhérences, qui s'étend en bas jusqu'au niveau de l'appendice. On dégage alors cet organe et on le résèque. Puis, revenant au niveau de la vésicule où l'on sent un gros calcul, on fait une cholécystostomie. Par l'incision de la vésicule il s'échappe une bile épaisse, trouble, et noire comme du goudron. Extraction du calcul. Drainage.

Les suites de l'intervention furent simples. La température

tombe le lendemain. La fistule se ferme au bout d'un mois et demi. Guérison.

Nous avons récemment pu obtenir des nouvelles de cette malade. La guérison s'est maintenue jusqu'ici.

OBS. XIV. — (Service de M. le Dr Tixier.) — Appendicectomie et Cholécystostomie. Guérison.

Femme, cinquante-sept ans, envoyée par le Dr Devic.

Depuis cinq mois, elle a présenté cinq crises douloureuses dans le ventre et rattachées à une appendicite ; elle s'est mise au régime lacté depuis trois mois, car les aliments solides lui occasionnent de nouvelles douleurs.

Plastron dans la fosse iliaque droite.

Intervention le 14 février 1908. — Grande incision de Jalauguiet. Après l'ouverture du péritoine, on trouve un paquet d'adhérences, réunissant le cœcum et l'appendice, le côlon, le pyllore et la vésicule.

On enlève d'abord l'appendice ; puis, après avoir protégé le champ opératoire, on libère les adhérences sous-hépatiques et on fait une cholécystostomie. Vésicule rétractée, renfermant un calcul. Guérison.

LITHIASSE ET PANCRÉATITES

La lithiasse provoque très souvent une inflammation chronique de la tête du pancréas ; dans quelques cas plus rares, elle détermine sur cet organe des lésions hémorragiques, gangréneuses ou suppurées. Mais, malgré son extrême fréquence, la coexistence d'altérations pancréatiques et de cholélithiasse avait passé à peu près complètement inaperçue jusqu'à ces dernières années, et elle n'a guère été étudiée que depuis une trentaine d'années.

D'abord signalé par Chiari et par Klebs en 1876, le rôle étiologique des calculs biliaires dans le développement des pancréatites, a ensuite été bien décrit par Reginald Fitz en 1889. Pendant les dix années qui suivirent, la question fut complètement étudiée en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, où les opérations pour lithiasse étant beaucoup plus fréquentes, il était beaucoup plus facile d'en recueillir des exemples. A cette période se rattachent les travaux de König, de Körte, d'Opie, de Mayo Robson, de Gessner, etc.

En France, Lancereaux, le premier, dans son *Traité sur les maladies du pancréas*, consacrait un chapitre à ses lésions inflammatoires. Depuis cette époque, les pancréatites ont fait l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels il convient de citer surtout ceux de Terrier et de son élève Desjardins (th. Paris, 1904), de Quénu et Duval (*R. de Chirurgie*, 1905), de Daviau (th. Paris, 1906), de Villar (*Rapport au Congrès de Chirurgie 1906*) et de Carnot (*Traité de médecine et de thérapeutique*, 1908). Signalons encore les travaux récents de Lafosse (th. Paris, 1907) et Mayo (*The Journal of the Amer. med. Assoc.*, 1908).

Etiologie. — Au point de vue étiologique, Quénu et Duval, d'après l'étude des 104 cas qu'ils ont réunis dans leur mémoire, concluent que la pancréatite est beaucoup plus fréquente au cours de la lithiasse du cholédoque que dans la lithiasse vésiculaire. Il semble également que le siège des calculs a une influence sur la variété anatomique des pancréatites, puisque leurs cas se décomposent ainsi :

Calculs de la vésicule, 46 cas.

Pancréatite chronique	21
Pancréatite suppurée	16
Pancréatite hémorragique	5
Non spécifiée	4

Calculs du cholédoque, 48 cas.

Pancréatite chronique	39
Pancréatite suppurée	6
Pancréatite hémorragique	3

Calculs de l'ampoule de Vater, 10 cas.

Pancréatite chronique	3
Pancréatite suppurée	3
Pancréatite hémorragique	4

Les faits nouveaux, dont nous disposons ne sont pas assez nombreux, pour permettre la confirmation ou l'infirmerie de ces données.

Quant aux formes de lithiasie, qui retentissent plus spécialement sur le pancréas, il est bien difficile de les déterminer. Dans les observations publiées, on voit qu'il existe souvent, depuis longtemps, des accidents hépatiques : coliques avec ou sans ictère, et on serait tenté de conclure que le malade est un lithiasique déjà depuis de longues années. Mais nous savons actuellement que la pancréatite peut se traduire par des signes, qui en imposent tout à fait pour des accidents lithiasiques. Arnsperger a bien insisté sur ce fait; ainsi, le stock des observations anciennes ne peut servir à résoudre ce problème.

Au point de vue anatomique, les lésions du pancréas qu'on rencontre dans la cholélithiasie peuvent revêtir les types les plus variés et il est classique de décrire des formes hémorragiques, des formes suppurées, des formes gangréneuses et des formes ulcéreuses. Mais, je ne saurais m'étendre ici sur la description de ces altérations anatomo-pathologiques. Qu'il s'agisse de formes suppurées ou gangréneuses, hémorragiques ou

ulcéreuses, la pancréatite se présente en clinique soit sous une forme aiguë, soit sous une forme chronique. Nous allons en rappeler brièvement les caractères principaux de façon à mieux en faire ressortir les indications thérapeutiques.

1° *Forme aiguë*. — La pancréatite aiguë débute quelquefois par des prodromes gastro-intestinaux, souvent d'une façon inattendue, au milieu d'une santé parfaite. Elle peut avoir dans quelques cas une allure tout à fait suraiguë, se traduisant sous le masque d'une occlusion intestinale aiguë ou d'une péritonite par perforation. La mort survient en un laps de temps, qui varie de quelques heures à quelques jours, mais toujours d'une façon très rapide.

A côté de ces formes suraiguës, on a signalé un certain nombre d'autres faits, dans lesquels le début, pour être aussi dramatique, ne s'accompagne pas de symptômes aussi alarmants, ou du moins, les signes qui le caractérisent, s'atténuent peu à peu pour revêtir une intensité beaucoup moins marquée. La douleur, les vomissements, la fièvre du début font souvent défaut. Il existe surtout des signes de dyspepsie pancréatique, l'amaigrissement est rapide. Enfin, dans quelques cas, on note l'existence d'une tumeur à l'épigastre dont le siège est un peu différent suivant le point de l'organe intéressé. La maladie évolue en quelques jours, parfois en quelques semaines, et se termine ordinairement par la mort. Mais elle peut aussi passer quelquefois à la chronicité.

2° *Pancréatites chroniques*. — Les pancréatites associées à la lithiasse biliaires revêtent le plus souvent la

forme chronique. Elles sont alors caractérisées d'abord par un certain nombre de troubles biliaires ou gastro-intestinaux ; douleurs hépatiques, ictère, diminution de l'appétit, gastralgie, etc. Puis lorsque l'affection est installée, elle se caractérise principalement par les signes suivants : amaigrissement rapide et asthénie, point douloureux à 5 ou 6 centimètres au dessus de l'ombilic, avec irradiation à l'épaule gauche ou dans la région interscapulaire, ictère s'établissant par poussées successives, troubles digestifs plus ou moins marqués, vomissements, diarrhée, stéarrhée, etc. Dans quelques cas enfin, il est possible de sentir une tumeur plus ou moins dure à l'épigastre.

Comme il est facile de le voir par ce rapide exposé, le syndrome pancréatique ressemble étrangement au syndrome hépatique. Tout au plus pourrait-on faire valoir pour les distinguer : le siège un peu différent de la douleur et de ses irradiations ; la plus grande fréquence des vomissements dans la pancréatite et l'existence de diarrhée ; enfin l'amaigrissement plus rapide que lorsqu'il s'agit de lithiasse isolée. La tumeur pancréatique a certainement une grande valeur, mais on ne la rencontre que rarement en clinique.

On comprend qu'en présence de signes physiques ou fonctionnels aussi vagues on ait cherché, par des moyens de laboratoire, à dépister les lésions du pancréas ; à cet effet, différents moyens ont été proposés ; mais, la plupart ont été abandonnés peu après leur apparition. On ne compte plus sur l'épreuve du salol proposé par Sahli ; de même la réaction de Cammidge, dont on avait beaucoup espéré au début, a été reconnue

comme tout à fait artificielle. Ham et Cléland l'ont obtenue avec une urine quelconque, ce qui lui enlève beaucoup de la valeur que lui avait accordée Mayo Robson.

Devant l'insuccès de ces analyses d'urine, R. Gaultier a eu plus récemment l'idée de s'adresser à l'examen des fèces, et dans diverses publications, il s'est attaché à montrer les différences qui se produisent dans l'élimination des graisses, suivant qu'il existe des altérations hépatiques ou pancréatiques.

Les données qu'il a développées, mais sur lesquelles nous ne saurions insister ici, ont permis à Chauffard, à Quénu et Duval, à Terrier de diagnostiquer des lésions pancréatiques, qui ont été retrouvées au cours de l'intervention. Mais il s'agit d'une méthode encore trop récente pour pouvoir en établir réellement la valeur.

Traitement chirurgical. — Au point de vue thérapeutique, il convient d'étudier séparément les formes aiguës et les formes chroniques de la pancréatite.

En présence des formes hémorragiques, suppurées ou gangréneuses, avec des signes graves de péritonite, il est bien évident que le seul traitement à envisager est l'intervention chirurgicale d'urgence. Il faut y avoir recours sans perdre un seul instant, car là seulement se trouve le salut.

Le principe de cette thérapeutique sur les détails de laquelle je ne veux pas m'étendre consiste à se porter sur la collection en suivant la voie par laquelle elle tend à s'extérioriser. La voie lombaire préconisée par

Pierre Delbet pour les collections rétro-péritonéales, est une voie d'exception. Körte l'a employée pour des collections qui venaient bomber en arrière, mais non sans avoir eu beaucoup de difficultés, en raison surtout de l'importance des organes, situés à la face postérieure du pancréas, en raison aussi du peu de jour qu'elle donne, et de la profondeur à laquelle il faut opérer. La voie thoracique transpleuro-péritonéale peut avoir quelques indications exceptionnelles (Guinard). C'est évidemment la voie antérieure qui constitue le meilleur procédé pour aborder les pancréatites. Elle est, pour beaucoup de chirurgiens, la voie la plus facile et la plus sûre, et c'est à elle que Desjardins, Villar et Lafosse donnent la préférence.

L'abdomen ouvert, on fendra l'épiploon gastro-colique pour pénétrer dans l'arrière-cavité; on évacuera les collections, qui peuvent se rencontrer à ce niveau, mais il ne faudra pas se contenter de cette simple intervention. Il faut aller plus loin, jusque sur le pancréas et, suivant qu'il existe un foyer hémorragique ou suppuré à type infiltrant ou à type enkysté, on aura recours à la pancréatotomie avec tamponnement consécutif ou bien à l'ouverture de la poche avec marsupialisation dans tous les cas où elle sera possible. En outre, il faut toujours explorer les voies biliaires et faire la cholécystostomie.

Réunissant, en 1905, les faits publiés de pancréatites aiguës associés à la lithiasé, Quénu et Duval arrivaient aux résultats suivants :

Pancréatite hémorragique	5 cas	5 morts.
Pancréatite suppurée ou nécrotique.	16 cas	8 morts,

Les 8 cas de guérison obtenus à cette époque comprenaient :

4 abcès enkystés du pancréas (Mayo Robson, Körte, Hahn, Pearce Gould).

1 pancréatite nécrotique (Körte).

1 péripancréatite suppurée (Kehr).

2 pancréatites avec nécrose graisseuse disséminée (Körte, Beck).

Dans ces 8 cas, 6 fois le chirurgien a combiné au drainage du pancréas le drainage des voies biliaires principales ou accessoires. Il semble donc bien, comme le disent Quénu et Duval, à qui nous empruntons ces faits, que le drainage biliaire soit un utile adjuvant du drainage pancréatique.

Signalons seulement, comme observations plus récentes de pancréatites aiguës :

1 cas de Kümmel dans lequel il s'agissait d'une nécrose graisseuse du pancréas. On fit une laparotomie exploratrice : le malade mourut, un mois après, de péritonite, après avoir présenté une pleurésie gauche et une thrombose de l'artère iliaque droite.

4 nouveaux cas de Kehr (*Drei Jahre der Gallensteinchir.*, 1908). Une fois il s'agissait de lithiasse avec pancréatite aiguë se traduisant par un épanchement purulent dans l'arrière cavité des épiploons. Cholécystectomie, drainage de l'hépatique, drainage de l'arrière cavité. Guérison. Dans les 3 autres faits, il s'agissait d'une nécrose du pancréas avec abcès de l'arrière-cavité. On fit une fois la cholécystectomie et la fixation du pancréas à la paroi ; drainage, mort de péritonite. Dans le deuxième cas, cholécysto-gastrostomie pour parer à la rétention biliaire et drainage de l'abcès. Mort de collapsus au deuxième jour. Dans le troisième, qui fut traité par l'ouverture de l'abcès et la cholécystostomie, il persista une fistule biliaire et pancréatique. Kehr fit secondairement, et avec succès, une première anastomose entre la poche pancréatique et la vésicule, et une deuxième entre la vésicule et l'estomac. Guérison.

Huit cas de la clinique de Rher ont été rapportés récemment par Nætzelt ; 1 guérison, 7 morts.

Pancréatites chroniques. — L'inflammation chronique du pancréas au cours de la cholélithiasse est un fait actuellement bien connu, mais elle ne détermine pas toujours les mêmes accidents et elle ne saurait comporter toujours et partout les mêmes indications thérapeutiques.

Il existe d'abord un certain nombre de malades, chez lesquels l'inflammation du pancréas ne détermine à peu près pas de modifications des fonctions digestives ou de l'état général. Malgré les nombreux progrès réalisés dans la séméiologie du pancréas, il n'est pas toujours possible, à l'heure actuelle, de dépister les altérations de cet organe. Dans la plupart des cas, on se croit en présence d'une simple lithiasse biliaire et seule l'intervention permet de reconnaître l'existence de lésions pancréatiques. Lorsqu'on examine même, systématiquement, l'état de cette glande au cours des opérations pour lithiasse, on voit que son parenchyme est très souvent enflammé, et pour Kehr la pancréatite ne se rencontre pas moins que dans le tiers des cas. Dans tous ces faits, le seul traitement de la lithiasse, sans intervention spéciale sur le pancréas, donne d'excellents résultats : je n'insiste pas davantage.

A côté de ces formes, il en existe d'autres dans lesquels les troubles digestifs, qui résultent de l'altération des fonctions pancréatiques, déterminent rapidement un amaigrissement prononcé et une cachexie très marquée. Si les calculs sont intervenus à un moment donné, pour favoriser l'apparition de cette pancréatite, c'est elle qui, souvent, devient secondairement responsable de la rétention biliaire et de l'angiocholite qui en

est la conséquence. Rétention biliaire et pancréatique, infection de ces canaux, troubles digestifs accentués : telles sont donc les raisons d'être d'une intervention chirurgicale qui doit être aussi précoce que possible.

Au point de vue thérapeutique, il est bien évident que, pour agir efficacement sur la sclérose du pancréas, il faut s'attaquer aux voies biliaires et traiter la lithiasse qui cause et qui entretient ces lésions. C'est le seul moyen que nous ayons pour faire disparaître à la fois la rétention et l'infection de la bile ou du liquide pancréatique. La pancréatectomie cervicale ferait sans doute disparaître la compression exercée sur le canal de Wirsung et sur le cholédoque. Mais, outre ses difficultés et sa gravité, elle ne remplirait qu'une partie du programme thérapeutique en laissant persister les accidents d'infection biliaire. La simple libération des adhérences et le dégagement du cholédoque constituent une méthode insuffisante.

Mais, à quelle intervention sur les voies biliaires doit-on réserver la préférence ?

Lorsqu'on recherche les faits de pancréatite et lithiasse opérés à ce jour, on voit que presque toutes les opérations, possibles sur les voies biliaires, ont été pratiquées : leur nature semble avoir été commandée surtout par le siège du calcul, par le degré d'infection des voies biliaires et par les préférences de chaque chirurgien.

Voici d'ailleurs, d'après Quénu et Duval, le nombre et le résultat de ces divers procédés :

Cholécystostomie simple.	12 cas	2	morts.
Cholédocotomie simple	6	—	2 —
Duodénocolédocotomie.	3	—	
Cholécystostomie et cholédocotomie .	18	—	2 —
Cholécysectomie simple.	3	—	1 —
Cholécysectomie avec cholédoco- tomie	3	—	
Cholécysectomie avec drainage de l'hépatique	10	—	1 —
Cholécyctendyse	1	—	
Cholécyctentérostomie ou cholécysto- gastrostomie	6	—	2 —

Comme le montre le tableau ci-dessus, la simple ablation des calculs, sans drainage des voies biliaires a été quelquefois suffisante à arrêter l'évolution d'une pancréatite chronique. Mais il s'agit là de faits exceptionnels sur lesquels on ne peut ni on ne doit compter et, dans tous les cas, il est bien préférable de recourir au drainage des voies biliaires. Quatre méthodes restent donc susceptibles d'être employées :

La cholécystostomie ;

La cholédocotomie avec drainage :

La cholécystectomie avec drainage de l'hépatique ;

Les anastomoses bilio-intestinales.

Quel sont les avantages et les inconvénients de chacune de ces opérations ?

a) La *cholécystostomie* est de beaucoup la méthode la plus facile ; elle est moins grave en tant qu'opération, beaucoup plus rapide d'exécution. Elle réalise malheureusement, dans bien des cas, un drainage insuffisant des voies biliaires. Le cystique, sans être complètement imperméable, ne peut suffire à détourner

toute la bile à l'extérieur. Une partie de cette bile infectée continue à rester en contact presque permanent avec le pancréas ; et cela constitue évidemment un obstacle sérieux à la régression des lésions inflammatoires. Tout au plus, peut-elle être suffisante dans le cas où la vésicule, à peu près saine, est seule à renfermer des calculs, que les voies principales sont complètement libres et les lésions pancréatiques peu accusées.

Ces conditions sont rarement réalisées.

b) La *cholécotomie avec drainage* est, *a priori*, plus rationnelle que la cholécystostomie. En mettant le drain dans le cholédoque et non dans l'hépatique, au-dessous de l'embouchure du cystique, on pourrait, ainsi que le dit Desjardins, faire à la fois le drainage des voies principales et des voies accessoires. Ainsi, on s'attaquerait en même temps aux lésions vésiculaires dont on pourrait par ce moyen espérer amener la disparition. Mais les nombreux arguments que nous avons fait valoir plus haut en faveur de la cholécystostomie dans la lithiase vésiculaire retrouvent ici toute leur valeur.

Conservé une vésicule enflammée aux parois épaissies, c'est s'exposer à de nouveaux accidents, à des récurrences, sans avoir même l'espoir, si la rétention biliaire se reproduit, de pouvoir se servir de cet organe pour rétablir le cours de la bile dans l'intestin.

Le drainage des voies biliaires principales, pour s'adresser plus directement que la cholécystostomie, aux lésions pancréatiques est donc une méthode insuffisante et il faut actuellement lui préférer l'opé-

ration de Kehr. Il n'est réellement indiqué que si la vésicule est normale ou peu altérée.

c) *Cholecystectomie avec drainage de l'hépatique.*

— La fréquence des altérations vésiculaires dans la pancréatite chronique est telle qu'on est obligé de recourir à l'opération radicale. D'ailleurs, comme le fait remarquer Desjardins, non seulement la cholécystectomie met à l'abri des complications ultérieures, mais encore elle facilite beaucoup l'opération sur les voies principales. Elle donne un jour énorme pour l'exploration du cholédoque et le drainage de l'hépatique, et permet ainsi de faire une opération beaucoup plus rationnelle et bien meilleure.

d) *Anastomoses entéro- ou gastro-biliaires.* — Tous les auteurs s'accordent actuellement à rejeter les anastomoses biliaires dans le traitement de la pancréatite chronique. En outre de leur mortalité plus élevée, elles ont le gros inconvénient de ne traiter que le rétablissement du cours de la bile, sans s'occuper des lésions inflammatoires considérables, qui sont à la fois l'origine et la conséquence de la lithiasse et de la pancréatite, et pour ce motif il faut en rejeter l'emploi. Une seule restriction est nécessaire, sur laquelle Quénu et Duval ont insisté avec raison. Avant de rejeter l'anastomose, il faut être sûr que l'induration pancréatique n'est pas du cancer, car, pour le néoplasme, le drainage cutané serait la pire méthode.

e) *Résultats.* — Je ne saurai m'étendre ici sur les résultats éloignés du drainage des voies biliaires dans les pancréatites chroniques. Je renvoie pour cela à l'excellente thèse de Desjardins et au mémoire de

Quénu et Duval. Disons seulement que Mayo Robson a des résultats qui datent de 1 an (2 cas), 2 ans (4 cas), 4 ans (1 cas). Une malade de Riedel se portait tout à fait bien, 5 ans après l'intervention.

Après le mémoire de Quénu et Duval, de nombreux faits de cholélithiasse et pancréatite chronique ont été publiés. Kehr, à lui seul, dans son dernier ouvrage, en a signalé 43 exemples, et, dans les statistiques que je rapporte à la fin de ma thèse, on en trouvera de nombreux cas. Il m'a paru inutile de les réunir ici. Je me contente donc de donner une observation inédite recueillie dans le service de mon maître, le professeur Poncet.

OBS. XV (Clinique de M. le Professeur Poncet). — Obstruction calculuse du cholédoque. Pancréatite chronique. Etat général grave. Collapsus pendant l'anesthésie. Cholécystostomie (M. Delore). Mort au bout de deux mois.

Femme de quarante-neuf ans, entrée à la clinique du Professeur Poncet, le 28 juillet 1900.

Il y a trois ans, elle a ressenti de vives douleurs, sous forme de coliques, dans le flanc droit. Depuis lors, il persiste un ictère foncé, de la décoloration des selles, de la fièvre oscillant entre 37°, 5 et 38°, 5.

Amaigrissement marqué.

Actuellement, on sent un gros foie abaissé, dont le bord antérieur descend bien au-dessous de l'ombilic. La vésicule n'est pas perceptible. La quantité d'urée est diminuée de moitié dans les urines.

Laparotomie para-médiane (M. Delore). Après ouverture du péritoine, on voit que le foie adhère par son bord antérieur à la paroi abdominale. Il est tellement volumineux qu'on l'explore par une ponction exploratrice. Mais on ne trouve aucune collection. Foie uniquement cirrhotique.

Le ligament cystico-colique est très développé et l'on doit le sectionner pour explorer la face inférieure du foie. La vésicule, petite, ne contient pas de calculs. Par contre, on aperçoit trois à quatre calculs, tout petits, du volume d'un pépin de poire, situés dans le cholédoque et qui disparaissent rapidement derrière la tête du pancréas. Cette tête du pancréas est hypertrophiée, enflammée. Légère ascite.

On se mettait en devoir de pratiquer une cholédocotomie, lorsque le pouls devint filant, la respiration s'arrêta. Après la respiration artificielle, on crut prudent de terminer rapidement l'opération par une cholécystostomie.

Le 28 août, départ de l'Hôtel-Dieu. L'opérée se cachectise de plus en plus, elle a des hémorragies intestinales graves. Mort deux mois après.

IV. — LA LITHIASSE ET LE PÉRITOINE

Au cours de la cholélithiasse, le péritoine peut être infecté soit par la perforation des voies biliaires dans la cavité péritonéale, soit par simple propagation inflammatoire. Suivant l'intensité du processus infectieux et suivant l'état antérieur du péritoine, on peut voir se développer soit une péritonite généralisée, soit une péritonite localisée, soit enfin une péritonite plastique plus ou moins étendue.

Je vais rapidement donner les indications opératoires que comporte chacune de ces formes.

1° Péritonites généralisées. — J'ai déjà dit, en m'occupant des cholécystites aiguës infectieuses, que souvent l'opération précoce avait permis de recon-

naître l'existence d'un épanchement séreux dans la cavité abdominale, indice évident de son inflammation. Dans les formes gangréneuses de la cholécystite en particulier, où le péritoine est plus vite envahi, cette réaction péritonéale est très fréquente. Je n'insiste pas davantage. J'ai montré que, malgré l'existence de cette péritonite au début, la guérison avait pu être quelquefois obtenue grâce à la précocité de l'intervention. Le traitement est ici celui des cholécystites suraiguës infectieuses, que j'ai déjà décrites. J'ai dit, à ce sujet, que, dans tous les cas où l'état du malade le permet, c'est à la cholécystectomie qu'il faut recourir. Le drainage simple de la vésicule et du péritoine est habituellement insuffisant et laisse persister des accidents infectieux, auxquels le malade ne tarde pas à succomber.

Beaucoup plus intéressantes sont les péritonites généralisées consécutives à la perforation d'une vésicule calculeuse. Elles ont, d'ailleurs, déjà fait l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels je citerai la thèse de Bricka (1900), inspirée par M. le professeur Poncet, et les travaux de F. König (1902), de Neck (1902), d'Erdmann (1903), de Thiel (1904), de Nøtznel (1905), de Ricketts (1905), de Bordes (1906), etc.

Au point de vue étiologique, les péritonites par perforation sont une complication assez rare de la cholécystite calculeuse. Nøtznel, dans son étude sur le traitement chirurgical de la péritonite, n'en trouve que 6 cas sur 241 péritonites. Körte n'en signale que 4 cas sur 9 de péritonites généralisées au cours de la cholélithiase, et, dans les nombreuses statistiques que j'ai

réunies à la fin de ma thèse, on voit qu'il n'en existe qu'un petit nombre de cas.

Dans la thèse récente de Bordes, nous trouvons trois cas de péritonite par perforation dus à M. le professeur Jaboulay et une autre de Villard. Voici un autre fait observé dans le service de M. le professeur Poncet :

OBS. XVI. — Cholécyстите calculeuse. Perforation spontanée de la vésicule. Péritonite diffuse. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique et du péritoine (M. Delore). Mort.

Femme de quarante-sept ans, atteinte le mois dernier de deux crises de douleurs dans l'hypocondre droit, avec vomissements.

Il y a deux jours, survint une violente douleur dans l'hypocondre droit, bientôt suivie de vomissements et de météorisme. Actuellement, 9 mai 1907, on constate : arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal très prononcé, et surtout tuméfaction douloureuse dans l'hypocondre et la fosse iliaque du côté droit.

Pouls = 110, mauvais facies, température = 38°, 5.

La laparotomie sus- et sous-ombilicale, pratiquée par M. Delore, montre de la bile libre dans le grand péritoine. Elle vient de la vésicule, dont le fond offre une perforation de 4 à 5 millimètres de diamètre. Elle ne contient pas de calculs. La paroi n'est pas épaissie. Tout autour d'elle, sauf au niveau de la perforation, il existe des adhérences facilement décollables au doigt et de formation récente. On enlève cette vésicule très facilement. Du cystique ouvert s'échappent des flots de bile d'aspect normal. Le cathétérisme du cholédoque et de l'hépatique démontre la perméabilité des voies biliaires. On termine par un drainage du canal hépatique, par l'assèchement du péritoine et un large drainage. Mort trois jours après.

À l'autopsie, on trouve des lésions de péritonite diffuse ; pas de corps étrangers des voies biliaires, ni d'obstacle à l'écoulement de la bile, aucune lésion du pancréas ou duodénum.

Au point de vue thérapeutique, les perforations de la vésicule et les péritonites généralisées qui en sont la conséquence ne sauraient mériter de longs développements. Le traitement ne peut être sujet à discussion. Il faut intervenir, et même intervenir dans le plus bref délai. La guérison dépend de la précocité de l'intervention.

A quelle opération aura-t-on recours? Cela dépend des circonstances dans lesquelles on se trouve et du diagnostic qui aura été fait. Lorsque les antécédents du malade permettent de supposer qu'il s'agit d'une péritonite biliaire, l'incision latérale ou l'incision de Kehr devront être pratiquées, car elles donnent plus de jour sur le siège des lésions que la laparotomie médiane. Celle-ci sera réservée pour les cas où l'on n'a pas fait le diagnostic de la cause de la péritonite.

Une fois le péritoine ouvert, dans tous les cas où la chose est possible, c'est à la cholécystectomie qu'il faudra donner la préférence. Qu'il s'agisse de cholécystite ulcéreuse ou de cholécystite gangréneuse perforée, il est bien évident que leur ablation s'impose. Seul le mauvais état du malade pourrait contre-indiquer cette opération et nécessiter la simple cholécystostomie.

Il est difficile d'établir par des chiffres les résultats de la cholécystectomie dans le traitement des perforations de la vésicule, car il existe vraisemblablement un très grand nombre d'insuccès, qui ne sont pas publiés. J'estime cependant que c'est la méthode de choix. Le simple drainage et l'isolement de la vésicule par des mèches de gaze, recommandés par Bordes me paraissent devoir être seulement réservés aux cas

dans lesquels l'ectomie n'est pas possible. Körte, König, Schnitzler ont obtenu par cette méthode de très beaux résultats.

Nøetzel a publié six cas de la clinique de Rehn, dans lesquels la cholécystectomie a donné deux guérisons et quatre morts. Ricketts, dans un travail que nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer (*Saint-Louis med. Review*, 1905, 18 février) a réuni 203 cas de rupture de la vésicule dont voici les conclusions pour ce qui concerne les ruptures spontanées. L'opération donne une proportion de succès de 58 pour 100, tandis que la guérison spontanée, beaucoup plus rare, ne s'observe que dans 6 pour 100 des cas.

En outre, si l'on cherche à se rendre compte de la valeur du procédé employé, on voit que dans 80 pour 100 des cas de guérisons, c'est l'ectomie qui avait été pratiquée, tandis que dans les 4/5 des insuccès obtenus, on n'avait fait que le simple drainage de la cavité péritonéale.

Sans tenir un compte absolu de ces chiffres, qui, comme toutes les statistiques de ce genre, faites d'après des cas isolés, comportent un certain nombre de restrictions, on voit que malgré les mauvaises conditions dans lesquelles elle est pratiquée, la cholécystectomie est susceptible de donner de très bons résultats.

Küster et Verral, dans des faits analogues, ont fait avec succès la suture d'une perforation vésiculaire, mais, malgré cela, cette thérapeutique ne me paraît jamais devoir être conseillée, car elle s'oppose au drainage des voies biliaires infectées.

Pour la même raison, et malgré les résultats expérimentaux d'Enderlen et Justi, de Baldassari et Gardini, les greffes épiploïques ne doivent pas être appliquées au traitement de ces perforations.

Enfin, qu'on pratique la cholécystectomie ou qu'on soit dans la nécessité de faire une simple cholécystostomie, il est bien évident que la cavité péritonéale devra être soigneusement drainée. Les chirurgiens allemands sont très partisans du lavage du péritoine avec du sérum artificiel chauffé, mais cette thérapeutique est beaucoup plus discutée en France où son emploi n'a guère été fait jusqu'ici. D'une façon générale, les mêmes règles thérapeutiques que dans toute péritonite aiguë doivent être appliquées dans le traitement des péritonites biliaires et je ne saurais y insister davantage.

2° Péritonites localisées. — La thérapeutique des péritonites localisées dans la lithiasse biliaire ne saurait mériter de longs développements. Quel que soit le siège de l'abcès, en effet, qu'il s'agisse d'une péricholécystite antérieure, d'une péritonite de l'arrière-cavité des épiploons, ou d'un abcès sous-phrénique, le seul traitement qui s'impose, c'est l'ouverture et le drainage de l'abcès, suivi ou non de l'ablation immédiate de la vésicule.

Les nombreux arguments, que j'ai développés, à propos de l'empyème de la vésicule, sur la nécessité de la cholécystectomie me dispenseront de revenir ici sur ce sujet. Un seul point mérite donc d'être précisé ; le moment de l'intervention. Faut-il recourir d'emblée à l'ablation de la vésicule ?

Contrairement aux règles, que j'ai formulées plus haut pour le traitement des péritonites généralisées, où j'ai préconisé l'ablation immédiate de la vésicule, je crois que dans le cas d'abcès on peut être moins

formel. L'infection est moins grave : on peut se contenter d'abord d'un simple drainage et faire la cholécystectomie secondaire. La question est ici la même que pour la résection de l'appendice à chaud. Certains chirurgiens préfèrent la pratiquer d'emblée. D'autres, au contraire, attendent pour opérer à froid. Cela doit dépendre, à mon avis, des conditions, locales et générales dans lesquelles on est appelé à intervenir. La cholécystectomie ne doit être faite, que lorsqu'elle peut être pratiquée sans faire courir trop de risques au malade. Dans tous les autres cas, il faut se contenter d'une simple stomie et faire l'ablation secondaire de la vésicule. Mais je ne crois pas qu'on puisse se dispenser de cette seconde intervention. Voici d'ailleurs une observation de M. Bérard qui sert à le montrer :

Obs. XVII (due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bérard). — Cholécystite et péricholécystite suppurée : 1^{re} opération : 7 mai 1904. Ouverture d'un abcès ; 2^e opération : 8 juin 1905. Cholécystostomie : Persistance d'une fistule ; 3^e opération : 4 octobre 1906. Cholécystectomie. Guérison.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui entre le 2 avril 1904 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Lépine pour une cholécystite. Au bout de quelques jours, la malade fut envoyée dans le service de M. Jaboulay, suppléé par M. Bérard. Elle souffre de douleurs abdominales permanentes avec quelques paroxysmes ; elle a des vomissements bilieux ou alimentaires à peu près quotidiens ; à l'examen, enfin, on constate une tumeur lisse, arrondie qui semble en contact avec la face inférieure du foie. Pas de troubles fonctionnels hépatiques, pas d'ictère, pas de pigments dans les urines.

7 mai. — M. Bérard fait une incision médiane sus ombilicale. On arrive peu à peu sur un foyer inflammatoire constitué par de petites cavités anfractueuses d'où viennent du pus et des

fongosités. Etant donné l'obésité de la malade et les difficultés de l'opération, on se contente de drainer ces différents abcès.

La malade fut d'abord soulagée par cette intervention et un mois plus tard, elle sortait, ne conservant qu'une toute petite fistule.

Mais un an après elle revient à la Croix-Rousse dans le service de M. Bérard, en disant que son ventre a augmenté de volume et qu'elle éprouve de violentes douleurs abdominales. Dans l'hypocondre il persiste un petit trajet fistuleux et la palpation révèle un empâtement profond.

2^e intervention le 8 juin 1905. — Le cathétérisme du trajet fistuleux conduit jusqu'à la face inférieure du foie. On incise la paroi en se guidant sur ce trajet. On arrive ainsi jusque sur la face inférieure du foie, où l'exploration du doigt permet de reconnaître des calculs dans la vésicule, laquelle est englobée par de nombreuses adhérences.

Incision de la vésicule, dont on retire trois calculs. On reconnaît que le cholédoque est absolument libre. Cholécystostomie et suture de la paroi à un seul plan.

Les suites de l'opération furent d'abord normales, mais, au vingtième jour, la malade présente subitement de l'angiocholite. Elle quitte l'hôpital trois semaines après en bon état.

Pendant huit mois, la malade va à peu près bien, mais à la suite d'une chute, sa fistule se remet à donner. Aussi le 4 octobre 1906, elle entre de nouveau dans le service de M. Bérard, où l'on fait une cholécystectomie sous-séreuse avec autoplastie de la paroi. Guérison. La vésicule ne renfermait pas de calculs; la persistance de la fistule était due uniquement à l'existence d'une poche indurée, non susceptible de se rétracter.

Les *abcès sous-phréniques d'origine biliaire* sont tout à fait exceptionnels. Ils ont été bien étudiés par P. Carnot qui a inspiré à ce sujet la thèse de son élève Gély. D'après cet auteur, ils ne représentent guère que

7 pour 100 des collections sous-diaphragmatiques Grüneisen, sur un total de 60 observations recueillies à la clinique de Körte n'en a recueilli que deux exemples.

Leur thérapeutique ne présente aucune particularité. Elle consiste essentiellement à faire le drainage de l'abcès par la voie abdominale, ou par la voie thoracique suivant leur localisation et à faire ensuite la cholécystectomie. Celle-ci a été faite dans un même temps opératoire, chez un malade dont Kehr rapporte l'observation dans son livre de Technique, mais le plus souvent, la cholécystectomie ne peut être faite que dans un second temps.

3° Péritonites plastiques. — Dans un certain nombre de cas, la cholécystite calculeuse n'aboutit qu'à la formation d'adhérences entre les différents organes de la région vésiculaire. MM. Tripier et Paviot ont récemment attiré l'attention sur ces péritonites sous-hépatiques et ont bien mis en évidence leur point de départ au niveau de la vésicule.

Au point de vue clinique, elles se caractérisent tantôt par des accès de coliques plus ou moins fréquents, à type cholécystique, gastralgique ou intestinal — tantôt par une douleur presque continue. Il existe des signes digestifs presque constants : état saburral de la langue, perte de l'appétit, troubles gastriques, constipation, etc. Du côté de l'appareil biliaire, il existe souvent du subictère; au moment même des paroxysmes il n'est pas rare de trouver de l'ictère. Dans un grand nombre de cas, enfin, les adhérences déterminent sur les organes voisins une série de trou-

bles, qui en gênent plus ou moins le fonctionnement, et sur lesquels nous nous sommes déjà expliqués.

Au point de vue thérapeutique, en dehors des cas où il existe des troubles gastriques ou intestinaux qui donnent naissance à des indications spéciales, l'intervention doit être posée dans tous les cas où l'existence de crises douloureuses fréquentes amène une altération de l'état général.

Le traitement médical est le plus souvent insuffisant à procurer la guérison complète; si l'on peut par ce moyen amener la cessation d'une de ces poussées de péritonite localisée qui tourmentent constamment le malade, on ne saurait en prévenir les retours autrement que par le traitement chirurgical, qui, en enlevant la vésicule amène, dans presque tous les cas, la disparition de la péricholécystite. Il en est de ces péritonites plastiques périvésiculaires, comme des adhérences péri-appendiculaires, qui donnent des troubles digestifs et des douleurs jusqu'au jour où on enlève l'appendice. La simple cholécystostomie ne peut suffire à en amener la guérison, à plus forte raison la cholécystolyse.

TROISIÈME PARTIE

LITHIASSE ET CANCER DES VOIES BILIAIRES

Le cancer des voies biliaires atteint de préférence les sujets qui ont déjà présenté de la lithiasse, et la coexistence des deux affections a même été reconnue d'une telle fréquence que la plupart des auteurs considèrent le néoplasme comme une complication des calculs.

Mais, en réalité, si les statistiques établies jusqu'ici sont toutes d'accord, lorsqu'il s'agit d'établir les relations étroites, qui existent entre la cholécystite calculieuse et le cancer de la vésicule, pour les conduits biliaires, les chiffres sont beaucoup moins probants, ou du moins, ils établissent nettement, que les deux lésions sont beaucoup plus rarement associées qu'au niveau du cholécyste.

Malgré cela, j'ai cru ne pas devoir séparer le traitement du cancer des voies biliaires de celui de la lithiasse; dans presque tous les cas, en effet, où l'on est intervenu, on croyait avoir affaire à des calculs, et ce n'est qu'au moment de l'opération, qu'on reconnut qu'il s'agissait de néoplasme. Il importe donc d'avoir toujours

présente à l'esprit cette éventualité et de connaître les ressources que la thérapeutique est susceptible de lui opposer.

Je laisserai de côté tout ce qui concerne les compressions des canaux de la bile par des néoplasmes plus ou moins éloignés ou par des noyaux métastatiques, et je m'occuperai exclusivement du traitement chirurgical du cancer de la vésicule, du cancer des voies biliaires et de l'ampoule de Vater.

CHAPITRE PREMIER

CANCER DE LA VÉSICULE

Les tumeurs malignes de la vésicule ont semblé jusqu'ici défier les efforts de la chirurgie la plus hardie, et elles constituent un des chapitres les plus sombres de la thérapeutique chirurgicale.

Il ne faut donc pas s'étonner que, brisés par les insuccès, quelques chirurgiens aient renoncé à l'opération de ces néoplasies vésiculaires et qu'ils préférèrent les traiter par la morphine à haute dose, ou que d'autres, pour éviter d'intervenir dans de pareilles conditions, aient pu dire que le meilleur traitement du cancer de la vésicule consiste à enlever les vésicules non cancéreuses. Mais ces deux méthodes, qu'il s'agisse de l'abstention systématique ou de l'ablation préventive de toute vésicule lithiasique, sont également exagérées. Je vais essayer de le montrer en précisant les conditions anatomo-pathologiques dans lesquelles se présente le cancer de la vésicule et en indiquant les résultats obtenus jusqu'ici dans son traitement chirurgical. Je dirai enfin quelques mots sur les raisons qui expliquent, à mon avis, le peu de résultats obtenus à ce jour et sur le procédé, qui me paraît le plus apte à donner des suites éloignées plus durables.

Étiologie. — Nous avons déjà dit que cancer et lithiase coexistaient fréquemment au niveau de la vésicule biliaire. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les statistiques recueillies par divers auteurs.

Voici, d'ailleurs, les chiffres qui ont été signalés :

Courvoisier : Sur 103 cas de cancers, calculs dans 90 cas.

Zenker : — 48 — — 40 —

Heddæus : — 24 — — 21 —

Fleig : — 107 — — 100 —

Schubert : — 17 — — 16 —

Zanowsky : — 41 — — 40 —

Goldammer, à la clinique de Kümmel, trouve que la proportion de cancers secondaires à la lithiase est de 61,5 pour 100, tandis que pour Brat elle serait de 95 pour 100.

Dans une statistique récente, qui porte sur 2.180 autopsies faites à l'Institut pathologique de Londres, Stade a trouvé 33 fois des calculs de la vésicule, soit 1,5 pour 100. Sur ces 33 cas, 16 avaient donné lieu à des symptômes pendant la vie ; les 17 autres étaient restés latents. Mais, fait plus intéressant, dans 10/33 de ces faits, le microscope montra qu'il s'agissait de cancer : sur ces 10 cas, 9 concernaient des lithiases anciennes avec symptômes pendant la vie.

On a soutenu à ce propos, que les calculs pourraient bien être secondaires au néoplasme et résulter de l'obstacle à l'écoulement de la bile, qui en est la conséquence. Mais, pour Berthold, qui s'est récemment occupé de cette question, dans les cancers primitifs de la vésicule, on rencontre des calculs dans 95 pour 100 des cas,

tandis que pour les cancers secondaires, ce rapport tombe à 15 pour 100 environ. Or, si les calculs étaient secondaires à la lithiase, ils devraient se trouver en égale proportion dans les deux cas.

On voit donc que la lithiase vésiculaire prédispose certainement au cancer, et qu'elle appelle la localisation du néoplasme en ce point. Les chiffres que nous venons de rappeler le prouvent suffisamment et ils donnent une certaine valeur aux arguments que nous avons fait valoir plus haut en faveur de la cholécystectomie dans la cholécystite calculeuse.

Considérations anatomo-cliniques. — Au point de vue anatomique, il y aurait beaucoup à dire sur le cancer de la vésicule. Contrairement aux auteurs qui se sont occupés jusqu'ici de cette lésion, il semble bien, en effet, qu'il ne faille pas considérer le néoplasme de cet organe comme un tout homogène. Si l'envahissement du foie et des organes voisins est généralement signalé, on voit que les métastases ganglionnaires sont habituellement passées sous silence. De même, on n'a tenu aucun compte jusqu'ici du siège de la tumeur, alors que, pour Kehr, il y aurait, entre le cancer du fond de l'organe et celui du col, les mêmes différences qu'au niveau de l'utérus ; le premier resterait beaucoup plus longtemps localisé et aurait une évolution beaucoup plus lente, tandis que le second aurait d'emblée des allures beaucoup plus malignes. C'est pour ces différents motifs, je crois, que la thérapeutique chirurgicale a encore eu aussi peu de succès dans le traitement du cancer de la vésicule. Pour être vraiment efficace, en effet, l'abla-

tion d'un néoplasme vésiculaire ne doit pas se borner à une extirpation plus ou moins complète de l'organe dégénéré, mais, comme pour les tumeurs de l'estomac ou des autres vicères, elle doit également poursuivre le mal jusque dans ses étapes ganglionnaires ; et c'est pour n'avoir pas tenu compte de ces métastases qu'elle me paraît n'avoir pas donné davantage de résultats éloignés.

Je ne saurais m'attarder ici sur l'étude clinique des tumeurs vésiculaires. Depuis Lancereaux, il est classique de décrire une forme hépatique et une forme biliaire de l'affection ; mais à côté de ces faits, il en reste un certain nombre d'autres, dans lesquels le cancer suppuré, se traduit par tous les signes d'une empyème. Körte, le premier, les a mis en évidence et j'en ai retrouvé un très grand nombre de cas dans les nombreuses statistiques, que j'ai étudiées. Je crois d'ailleurs, que, contrairement à tout ce qui a été dit jusqu'ici, il n'est pas rare d'observer des poussées de cholécystite au cours des néoplasies vésiculaires et il est absolument faux de faire de l'élévation de température, un signe particulier aux affections non cancéreuses. La clinique montre qu'il existe un très grand nombre d'observations, dans lesquelles il existe des poussées fébriles ; d'ailleurs, on ne comprend pas pourquoi il n'en serait pas ainsi. Que la stase biliaire, en effet, soit d'origine cancéreuse ou lithiasique, peu importe ; toutes les fois qu'il y a un obstacle à l'écoulement de la bile, cet état favorise l'infection, d'où l'élévation de la température. De même, je ne crois pas, qu'il faille toujours expliquer l'ictère par des compressions ganglionnaires ou métastatiques

au niveau du cholédoque. Dans les nombreux faits que j'ai recueillis, j'ai nettement l'impression que l'ictère du début est fonction d'infection et non de généralisation. Aussi, je ne partage pas du tout l'avis de Mayo Robson, qui fait de ce symptôme une contre-indication formelle de l'intervention, et j'estime, qu'on ne peut ainsi facilement refuser au malade le bénéfice d'une intervention, qui sera tout au moins palliative.

Telles sont brièvement exposées les quelques considérations anatomo-cliniques, qu'il m'a paru intéressant d'ajouter aux idées classiques; j'aurai l'occasion de revenir sur plusieurs d'entre elles au cours de mon étude thérapeutique. Pour les autres, c'est à l'avenir qu'il appartient d'en donner une confirmation plus ou moins étendue.

Traitement chirurgical. — Dans les statistiques que nous avons réunies à la fin de ce travail, nous avons trouvé 54 cas de cancer de la vésicule traités par la cholécystectomie simple ou par la résection simultanée de la vésicule, d'une portion du foie, du pyllore du côlon ou du duodénum. A ces faits, nous en avons ajouté quatre autres que je dois à l'obligeance de mon maître, le professeur Aug. Pollosson, et de MM. Tixier, Patel et Albertin. Je vais donner d'abord ces quatre observations; puis je résumerai dans un tableau les autres faits dont je dispose.

Obs. I. (Malade présentée par M. le Professeur agrégé Patel, à la Société de Chirurgie de Lyon). — Troubles digestifs antérieurs peu marqués, datant d'un an. Accès d'occlusion intestinale. Cholécystectomie. Cancer de la vésicule biliaire avec adhérence au côlon. Survie de deux ans et demi.

M^{me} B..., âgée de soixante-huit ans, entre le 23 avril 1905, salle Sainte-Catherine (hôpital de la Croix-Rousse), dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel : elle est envoyée pour des symptômes d'occlusion intestinale, qui allaient en s'accroissant depuis deux jours et demi.

Rien dans les antécédents.

Elle se plaint de ne plus aller aussi bien depuis près d'un an ; elle souffre dans le ventre, vomit quelquefois ; l'appétit est toutefois conservé ; un peu de constipation.

Depuis deux jours et demi tous ces symptômes se sont aggravés : douleurs très violentes dans l'abdomen ; vomissements fréquents et abondants. Elle est envoyée à l'hôpital dès le matin du troisième jour par son médecin traitant, le Dr Truffet.

A son arrivée, on se trouve en présence d'une femme très amaigrie, les traits tirés, les yeux un peu excavés, avec un léger hoquet et des envies fréquentes de vomir ; il n'y a pas de dyspnée ; les réponses sont faciles à obtenir et précises.

L'abdomen est moyennement météorisé ; moins que la veille, dit la malade ; on voit se dessiner des anses grêles sous la paroi ; la respiration est facile, franchement abdominale. Il existe une hernie crurale droite, qui a, paraît-il, augmenté de volume depuis deux jours et sur laquelle des compresses d'éther ont été placées. Au moment de l'examen, la hernie est facilement réductible, non douloureuse ; elle ne saurait être mise en cause.

La palpation de l'abdomen, que l'on peut assez aisément pratiquer, indique immédiatement une résistance dans l'hypocondre droit ; à ce niveau on arrive à délimiter vaguement une tuméfaction qui semble tenir au foie, dont elle suit tous les mouvements ; la malade accuse une certaine douleur. Elle n'a jamais prêté grande attention à ce côté de l'abdomen et elle ne peut

renseigner sur le début de cette tumeur. Le reste de l'abdomen est souple. Le pouls est peu rapide à 80, mais plein, tendu. Il n'y a pas de température. Comme l'obstruction n'est pas complète et que les signes généraux ne menacent pas, on se contente de placer de la glace sur l'abdomen, de donner des lavements huileux et de faire des injections de sérum artificiel.

Le lendemain, les vomissements n'ont pas cessé; ils sont nettement bilieux; il y a eu des gaz, mais pas de matières. Le pouls est moins fort, pas plus rapide. L'examen permet de se rendre mieux compte des caractères de la tuméfaction; elle siège en dehors du bord externe du grand droit, à droite; elle se continue avec le foie; elle est mobile avec lui; elle est mate complètement. Elle paraît dure, tendue, régulière. L'estomac n'est pas dilaté; le cæcum est volumineux et clapote. On songe à un obstacle placé sur le côlon transverse et dû soit à une tumeur de l'intestin lui-même, soit plutôt à une tumeur de foie.

Une intervention est décidée pour le lendemain.

Intervention le 25 août 1905 (pratiquée avec l'aide de MM. Coste et Savy, internes du service).

Laparotomie sur le bord externe du grand droit; après incision du péritoine, on voit apparaître immédiatement un bloc volumineux formé par le bord inférieur du foie et le fond de la vésicule distendue. Le côlon transverse est repéré facilement, il adhère à la face inférieure de la vésicule et se soude à ce niveau; il est dilaté au delà, rétréci plus bas. Prudemment, deux brides cicatricielles sont sectionnées, le décollement de l'intestin peut s'effectuer; ainsi libéré, on se rend compte qu'il est souple, sans aucun point suspect et que son calibre est tout à fait normal; aussi, il est refoulé dans l'abdomen et recouvert d'une compresse.

Il apparaît avec évidence qu'il faut incriminer la vésicule biliaire; celle-ci a doublé de volume; elle est dure; ses parois sont très épaisses. Il n'y a cependant aucun point suspect, au voisinage, sur le foie ou le péritoine; pas d'adhérences anciennes ou récentes, pas de taches blanches; on essaie une opération radicale.

Le péritoine est incisé sur le bord inférieur du foie, sur une longueur correspondant au bord de la vésicule; le décollement sous-hépatique peut s'effectuer sans hémorragie jusqu'au cystique. Puis les feuillets péritonéaux sont incisés de chaque côté des bords de la vésicule; celle-ci se trouve ainsi pédiculisée; une ligature est placée sur le cystique aussi près que possible du cholédoque.

La région opératoire est entièrement vérifiée; pas de point suspect; pas de ganglion perçu au hile du foie; le cholédoque est entièrement libre. Le pylore est normal. Une mèche est laissée à la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires. — Shock profond le jour de l'opération; le lendemain, état bien meilleur: à aucun moment menaces de péritonite.

La mèche est enlevée le deuxième jour et, dès le quatrième jour, la bile s'écoule abondamment dans le pansement.

Trois mois après l'opération (décembre 1905), la plaie était entièrement fermée (la fistule n'avait guère duré que dix jours après sa sortie). La malade avait fait des repas fréquents qui accélérèrent la fermeture de la fistule. Les troubles digestifs avaient complètement cessé; par contre les jambes étaient enflées, mais la malade avait repris son travail comme auparavant.

Examen de la pièce. — La vésicule enlevée présente les dimensions d'une poire volumineuse; elle est fluctuante. A l'incision, il s'écoule un liquide grisâtre, sanieux, mêlé à des particules solides; quatre petits calculs sont libres dans la vésicule; un autre est placé plus profondément vers le cystique. Le cystique est perméable à la sonde cannelée. Les parois de la vésicule ont plus d'1 centimètre d'épaisseur en certains points; vers le fond, elles sont moins épaisses. Elles sont tapissées à l'intérieur de végétations molles, irrégulières, friables, visqueuses, rappelant certaines productions rencontrées à l'intérieur des kystes de l'ovaire.

L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. Paviot, a montré l'existence d'un cancer, avec des zones de tissu myxoïde, du côté de la surface interne.

Suites opératoires. — La malade, opérée le 25 août 1905, est allée tout à fait bien jusqu'au mois de mars 1908. A ce moment, signes de récédive locale. Ascite. Mort en avril 1908, soit deux ans et demi après l'opération.

Obs. II. (Albertin et Maire, Soc. de Chir. de Lyon, 15 janvier 1908).
— Néoplasme de la vésicule biliaire avec localisations secondaires au côlon transverse et au foie. Cholécystectomie, excision de la portion néoplasiée du côlon avec suture termino-terminale des deux bouts, résection partielle du foie. Guérison.

M^{me} S..., cinquante-deux ans, entre dans le service de M. le Dr Albertin, pour une tumeur de l'hypocondre droit.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de coliques hépatiques, ni aucun phénomène pouvant faire soupçonner une lésion biliaire.

L'affection dont nous nous occupons aurait débuté il y a quatre ans. La malade attire l'attention sur une sensation de grande faiblesse avec des vertiges, des douleurs de tête persistantes, en un mot quelques troubles nerveux assez peu précis. Si nous interrogeons la malade au point de vue du système digestif, nous apprenons que presque jusqu'à l'époque actuelle l'appétit est resté normal, qu'il n'y a pas eu de troubles gastriques ; cependant la langue était continuellement, surtout les derniers temps, blanchâtre et saburrale. Les selles étaient assez régulièrement quotidiennes ; mais de temps à autre survenaient des périodes de diarrhée avec des matières roussâtres et d'odeur très fétide. A une certaine époque, la malade devint, dit-elle, un peu jaune ; toutefois il ne s'agissait pas vraiment d'ictère. Pas de troubles urinaires.

Il y a trois ans, douleurs dans la région hépatique, ressemblant d'abord à un point de côté léger, vague, transitoire. Puis peu à peu elles sont devenues plus violentes, paroxystiques, rappelant assez les crises de coliques hépatiques. Depuis six mois les phénomènes douloureux se sont accentués sensation de pesanteur pénibles dans l'hypocondre droit avec violentes crises au moment du repas ou peu après.

Au mois de novembre dernier seulement, une tumeur est apparue dans la région abdominale droite ; jusqu'ici aucun symptôme physique.

A l'entrée, femme au facies coloré, nullement cachectique. A l'examen, la paroi abdominale antérieure est soulevée par une tumeur située à droite de la ligne médiane, plutôt vers la fosse iliaque que dans l'hypocondre. Elle est dure, lisse, du volume du poing. Elle semble superficielle et d'une mobilité telle qu'on peut la faire remonter presque sous le foie. Elle est submate à la percussion et cette submatité se constate même au-dessus d'elle jusqu'au foie.

Rien au toucher.

La séparation des urines ne relève rien de spécial.

A l'analyse, diminution de l'urée et grosse quantité d'albumine.

Intervention (M. Albertin), le 13 décembre 1907. — Laparotomie latérale ; à l'ouverture du péritoine, on aperçoit une grosse tumeur blanchâtre, mobile et dure que l'on explore.

On reconnaît alors qu'elle est retenue au corps du foie par une large bande de tissu hépatique. En la faisant basculer on met à jour sa face profonde et on trouve un néoplasme de la vésicule biliaire avec localisation secondaire au bord antérieur du foie et au côlon transverse, dont la partie dégénérée est soudée intimement au bloc vésiculo-hépatique. Pas de généralisation kystique à distance.

Tout d'abord on place une pince longuette sur le côlon à chaque pôle de la tumeur et on le sectionne, afin d'exclure sa portion adhérente. On soulève ensuite la tumeur et on libère ses adhérences profondes, surtout au duodénum que l'on décolle assez aisément. Après avoir sectionné les canaux biliaires qui retiennent aussi la tumeur, on sectionne le bloc hépatique au thermocautère chauffé au rouge sombre, en allant de la profondeur à la surface, la tumeur étant basculée.

Cette section se produit presque sans hémorragie. La masse néoplasique enlevée, on tamponne la tranche hépatique avec des mèches de gaze et on lie les quelques vaisseaux pincés.

On se met ensuite en devoir de faire une suture termino-terminale des deux bouts du côlon sectionné au début. On la fait à deux étages, muqueuse et péritoine et à points rapprochés. On l'enfouit profondément pour l'éloigner de la région hépatique et on enlève les mèches placées sur le foie. Alors une hémorragie assez abondante se produit, qui continue après des tentatives de pincement, mais s'arrête vite par un tamponnement serré avec trois mèches imbibées d'eau oxygénée et laissées en place.

On ferme la plaie abdominale par trois plans de suture, sauf en haut, où on laisse dépasser les mèches.

Les suites opératoires furent très simples. La température de la malade monta régulièrement jusqu'à 39°5 le second jour où on enleva une des trois mèches sans hémorragie. A partir de ce jour, la température baissa. Les deux dernières mèches ont été extraites le quatrième jour et la courbe thermique s'est maintenue autour de 37 degrés. Les premiers jours, il s'écoula un liquide séro-fibrineux par la fistule qu'on drainait au moyen d'une petite mèche de gaze. Vers le cinquième ou sixième jour, le pansement, qu'on renouvelait tous les deux jours, fut taché en jaune assez fortement par la bile. Cet écoulement lui-même s'est tari et, le 1^{er} janvier 1908, on pansait à plat.

Actuellement, la plaie de laparotomie est parfaitement cicatrisée par première intention et il ne persiste qu'une petite fistulette par où s'écoule encore quelques gouttes de liquide.

La malade a succombé trois mois après avec des signes de récédive.

OBS. III (recueillie dans le service de M. le Professeur Aug. Pollosson par M. A. Chalié, interne du service.) — Cancer de la vésicule. Cholécystectomie par morcellement, Fistule gastrique secondaire, Mort au bout de deux mois et demi

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui ressentit un point de côté abdominal au mois d'août 1907.

Elle remarqua, à ce moment, dans la fosse iliaque droite et la région ombilicale l'existence d'une tumeur qui, depuis le mois de novembre, aurait doublé de volume. Au repos, la malade

n'éprouve que quelques lancées, mais elle ne souffre pas. Jamais de vomissements; constipation. L'appétit est un peu diminué, amaigrissement léger.

Dans ses antécédents, on relève des crises hépatiques il y a quatre ans. Deux ans après, elle aurait eu une nouvelle crise avec expulsion d'un calcul dans les selles.

Actuellement, on sent à la palpation une masse dure régulière, occupant l'hypocondre et le flanc droit et qui fait corps avec la paroi abdominale. Il est très difficile de savoir quel est son point de départ; seule, l'existence de coliques hépatiques antérieures fait penser à un néoplasme de la vésicule.

Intervention le 21 décembre 1907 (M. le professeur A. Pollosson). Incision sur le bord externe du droit. Dès que la peau est incisée, on voit qu'il existe une infiltration de toute la paroi par de la sérosité et du sang. Le péritoine est très épaissi et la simple ponction laisse échapper de sa cavité une assez grande quantité d'un liquide séro-purulent renfermant de nombreux grumeaux. Dans la cavité ainsi ouverte et nettement sous-hépatique, on trouve quatre petits calculs biliaires: de vésicule, il n'en reste pas trace; on trouve seulement des blocs de substance blanchâtre, scléreux ou caséeux suivant les points.

Ces masses se laissent enlever assez facilement; elles paraissent représenter la vésicule, car lorsqu'elles sont enlevées il existe une vaste cavité cloisonnée qui s'étend de la face intérieure du foie à l'intestin. Tamponnement à la gaze et suture partielle de la paroi.

Les suites furent d'abord normales, mais cinq semaines après on voit que par la plaie il s'écoule un liquide ayant nettement les caractères du liquide gastrique et la malade se cachectise de plus en plus.

Au bout de quelques jours, la malade fut emmenée par son mari. Elle est morte quelques semaines après chez elle, ayant survécu environ deux mois et demi à son opération.

OBS. IV. (due à l'obligeance de M. le Dr Tixier). — Cancer du col de la vésicule ; gastro-entéro-anastomose. Cholécystostomie. Cholécystectomie secondaire. Guérison.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans qui vient à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur abdominale. Depuis l'âge de dix-huit ans, elle souffre de l'estomac. Il y a quinze ans, elle eut des signes d'ulcère très nets avec hématomésès et méléna ; elle fut mise au régime lacté un an ; pendant deux ou trois ans elle fut ensuite bien améliorée, puis les douleurs en broche sont revenues.

Il y a un an, les douleurs s'accrochèrent ; en outre, la malade constata l'apparition, à droite de l'ombilic, d'une petite tumeur qui a depuis constamment augmenté de volume. Depuis cette époque, elle a maigri de 13 kilogrammes.

A l'entrée, l'état général est cependant assez satisfaisant ; pas d'ictère ni de cachexie. A la palpation de l'abdomen, on constate à la fois dans la fosse iliaque et l'hypocondre droits une tumeur ayant des contours précis et qui paraît bien être d'origine vésiculaire. L'estomac est dilaté ; les urines ne renferment pas d'albumine.

Le diagnostic clinique était : ancien ulcère de l'estomac. Néoplasme en évolution. Hydropisie de la vésicule et péri-cholécystite.

Laparotomie médiane le 7 mars 1908. Après ouverture du péritoine, on trouve l'estomac très dilaté, ainsi que le duodénum, mais pas de néoplasme. Gastro-entéro-anastomose postérieure.

On se porte ensuite du côté de la vésicule, qui a le volume d'une grosse aubergine ; au niveau du col se trouve une adhérence épiploïque qui va d'autre part sur le pylore. On tente une ectomie sous-séreuse, mais le péritoine se déchire. On ponctionne alors la vésicule : il s'écoule 200 grammes de liquide puriforme, puis on résèque la moitié de la vésicule entre deux pinces et on termine par une cholécystostomie. La vésicule renferme de nombreux calculs à facettes ; son fond est épaissi, mais vers le col il

existe des bourgeons épithéliomateux encéphaloïdes. Aussi, on décide une ablation secondaire de la vésicule.

Celle-ci est faite le 1^{er} avril 1908. Il persiste une large plaie qu'on circonscrit par une incision et qu'on ferme par une fermeture en bourse suivant le procédé d'Aug. Pollosson.

Ensuite, on fait une incision médiane avec un débridement transversal. Section du cystique qu'on ligature et qu'on enfouit. Fermeture de la paroi. Un drain au contact du cystique.

Sur la pièce enlevée, on voit qu'il s'agit bien d'un néoplasme du col de la vésicule, qui a d'ailleurs été confirmé par l'examen histologique de M. Paviot.

Il s'écoule une assez notable quantité de bile par le drain.

Guérison. Sort guérie au début de mai (cas récent).

CHOLÉCYSTECTOMIES POUR CANCER DE LA VÉSICULE

AUTEURS	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	RÉSULTATS
	CLINIQUE OU ANATOMIQUE		
Czerny, <i>Jahresbericht de la Clin. d'Heidelberg</i> , 1901.	Cancer de la vésicule. Ganglions du hile.	Cholécysectom. Opération radicale impossible.	Guérison opératoire.
Id.	Cancer de la vésicule et du foie.	Résection de la vésicule et du foie.	Mort de pneumonie et pleurésie doubles.
Id.	Id.	Id.	Mort de péritonite le 5 ^e jour.
Czerny, in Merk, <i>Mitteilungen a. d. Grenzg</i> (1902).	Cancer de la vésicule avec métastases hépatiques.	Ablation incomplète.	Mort 2 mois après.
Id.	Id.	Cholécysectomie.	Guérison opératoire.
Id.	Cancer de la vésicule avec empyème.	Cholécysectom. Section du cystique en pleine tumeur.	Mort 3 ^e jour. Collapsus.
Czerny, <i>Jahresb.</i> , f. 1092.	Cholécytostomie en 1901. Persistance d'une fistule muqueuse (cancer de la vésicule).	Cholécysectomie.	Guérison. Récidive au bout de 7 m. Mort : 2 ans 1/2.
Häni (Th. Zurich, 1902, <i>Clin. Krönlein</i>).	Cancer de la vésicule.	Cholécysectomie et résection du foie.	Guérison. Opération avec fistule. Survie 4 m. 1/2.
Id.	Id.	Cholécysectomie.	Guér. Survie 3 m. 1/2.
Moynihn, 1902 (<i>Brit. Med. J.</i>).	Cancer de la vésicule.	Cholécysectomie.	Guérison opér.
Wörner, 1902 (31 ^e Congrès Soc. Chir. all.).	Cancer avec empyème. Ex-micr: Adénocarcinome.	Cholécysectomie.	Guérison. Mort au bout de 3 ans.
Czerny, <i>Jahresb.</i> , 1903.	Cancer et empyème de la vésicule. Sténose du pylore.	Cholécysectom., cholédoco-duodénostomie à la suture. Gastro-entérostomie au bouton.	Mort le 2 ^e jour d'hémorragie.
Id.	Cancer de la vésicule et du foie.	Résection de la vésicule et du foie.	Guérison opératoire. Récidive au bout de 8 sem. Mort 4 m.
Id.	Cancer de la vésicule et du pancréas.	Cholécysectomie et drainage de l'hépatique.	Guérison opératoire. Mort de cachexie : 3 sem.
Id.	Cancer de la vésicule.	Cholécysectomie et résection du foie.	Guérison opératoire. Mort : 2 mois de cachexie.
Johnson (<i>Ann. of Surg.</i>), 1903.	Id.	Cholécysectomie.	»
Lyangren (<i>Cent. f. Chir.</i>), 1903.	Cancer de la vésicule et du foie.	Cholécysectomie et hépatectomie partielle.	Guérison opératoire. Pas de récidive après 8 mois.
Schede, in Th. Heidenheim, Cologne, 1903.	Cancer de la vésicule. Cholécystostomie il y a 3 mois 1/2. Fistule muqueuse persistante.	Cholécysectomie.	Mort de péritonite septique.
Mayo-Robson, 1904, n° 367.	Cancer de la vésicule et du foie.	Cholécysectomie, hépatectomie.	Guérison opérat.
Id. (485).	Id.	Id.	Guérison. — Mort au bout de 4 mois.
Id. (528).	Id.	Id.	Guérison opératoire.

CHOLÉCYSTECTOMIES POUR CANCER DE LA VÉSICULE (suite)

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Mayo Robson, 1904.	Cancer de la vésicule. du pylore, du foie et du muscle droit.	Excision du muscle droit. Cholécystec- tomie, hépatectomie partielle et pylorec- tomie.	Pas de récurrence après 2 ans.
Czerny (Jahr.) (1904).	Cancer et empyème de la vésicule.	Cholécystectomie et drainage de l'hépa- tique.	Guérison opér. Réci- dive inopérable un an après.
Id. (1905).	Cancer de la vésicule.	Extirpation incom- plète.	Mort.
Id.	Cancer de la vésicule.	Extirpation incom- plète malgré résec- tion en partie du duodénum.	Mort.
Id.	Cancer de la vésicule avec ictère.	Cholécystectomie.	Guérison opérat., dis- parition de l'ictère.
Patel, 1905.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie.	Guérison. Surv. 2 ans 1/2.
Körte, 1905.	Cancer de la vésicule.	Id.	Guérison. — Mort au bout de 2 mois env.
Id.	Id.	Id.	Mort au bout d'un an.
Id.	Cancer de la vésicule et du foie.	Cholécystectomie, Cu- retage des noyaux hépatiques.	Guérison. — Mort : 3 mois.
Id.	Cancer avec empyème.	Ectomie.	Guérison. — Mort : quelques semaines.
Id.	Id.	Ectomie.	Guérison. — Mort : 1 mois.
Id.	Cancer de la vésicule. Sténose du pylore.	Cholécystectom. Gas- tro-entéro-anasto- mose postérieure.	Guérison. — Mort : 1 mois.
Id.	Cancer avec empyème.	Cholécystectomie.	Guérison maintenue au bout de 4 ans 1/2.
Id.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie et hépatectomie par- tielle.	Guérison maintenue au bout de 2 ans 1/2.
Garré, 1905 (in <i>Stieda, Beiträge</i> , 1905, obs. VI).	Cancer de la vésicule : métastases (?)	Cholécystestomie.	Guérison opératoire. Survie 4 mois.
Id. (obs. VII).	Cancer de la vésicule.	Id.	Guérison opératoire. Survie 7 mois.
Id.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectom. avec résection hépatique.	Guérison opératoire. Récidive au bout de 2 mois.
Id.	Adéno-carcinome et empyème de la vé- sicule.	Id.	Guérison opératoire. Mort au bout de 4 mois.
Kehr, <i>Technik</i> , d. Gal- lenst, 1906.	Tumeur de la vésicule avec empyème.	Ablation de ganglions; dissection de la veine porte. Cholé- cystectomie et hépa- tectomy partielle, mais non en tissu sain.	Guérison opératoire.
Id.	Cancer de la vésicule avec sténose du py- lore.	Cholécystectomie et résection du pylore.	Guérison opératoire.

CHOLÉCYSTECTOMIES POUR CANCER DE LA VÉSICULE (suite)

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Garland-Sherill, <i>Ann. of Surg.</i> , 1906.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie.	Mort de shock.
Id.	Id.	Id.	Guérison opératoire.
Kümmel, in Goldammer (1907).	Hydropisie de la vésicule au début. Cancer au début.	Cholécystect. en 1898.	Guérison. Opérée en 1900 d'un cancer du sein ayant des caractères histologiques bien différents. — Morte en 1903 d'une récidive de cette tumeur.
Id.	Cancer de la vésicule au début. Occlusion calculuse aiguë du cholédoque. Ictère.	Id.	Abscès paroi, fistule biliaire. Guérison. Sans récidive au bout de 4 ans.
Id.	Cancer de la vésicule sans ictère.	Id.	Guérison. Sans récidive au bout de 2 ans, a engraisé de 10 kilogrammes.
Id.	Cancer de la vésicule sans ictère.	Id.	Mort : un mois. Généralisation péritonéale.
Id.	Cancer de la vésicule avec ictère léger.	Id.	Mort 2 ^e jour. Collapsus (métastases hépatiques et ganglionnaires).
Id.	Cancer de la vésicule sans ictère.	Id.	Mort un mois : généralisation péritonéale.
Id.	Id.	Id.	Mort 15 ^e jour, embolie pulmonaire.
Michaux, 1907.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie et résection hépatique.	Guérison. Récidive au bout de 5 mois.
Souligoux, <i>Bull. Soc. Chir.</i> , Paris, 22 oct. 1907.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie.	Mort.
Kehr, <i>Drei Jahre der Gallenstein Chirurgie</i> , 1908.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectom Drainage de l'hépatique.	Guérison opératoire.
Id.	Cancer de la vésicule avec ictère.	Cholécystectom. Ablation des calculs de l'hépatique. Résection du côlon et colostomie.	4 semaines après cure de la fistule. Sans récidive : 1 an après.
Faure, <i>Bull. Soc. Chir.</i> , 1908.	Cancer de la vésicule et du foie.	Cholécystectomie et hépatectomie.	Guérison en 28 jours. — Mort au bout de 3 mois.
Albertin et Maire, 1908.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie hépatectomie. Résection du côlon.	Ecoulement d'un peu de bile. — Guérison. survie : 3 mois.
Pollosson Aug., 1908.	Cancer de la vésicule.	Cholécystectomie partielle.	Fistule gastrique. — Mort : 2 mois.
Tixier, 1908.	Cancer du col de la vésicule.	I. Cholécystostomie et gastro-entéro-anastomose. — II. Cholécystectomie.	Guérison opératoire. (cas récent).

Résultats immédiats. — Dans une communication récente à la Société de chirurgie de Paris, le professeur Quénu, en se basant sur 23 cas de cancer de la vésicule traités chirurgicalement depuis 1901, ne trouvait qu'une mort opératoire par shock et il faisait remarquer la bénignité opératoire relative des interventions radicales dirigées contre ce néoplasme. Mais les faits plus nombreux, que nous avons réunis, nous conduisent à des conclusions moins favorables, et il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil rapide sur les tableaux qui précèdent.

Au total, sur les 58 cas de cancer de la vésicule extirpés qui font partie de ma statistique, il y a 12 morts opératoires, soit une proportion de 20 pour 100. Le taux de la mortalité est donc un peu inférieur à celui que donnaient Terrier et Auvray en 1901 (34 cas avec 8 morts ; soit 24 pour 100).

Mais toutes les interventions radicales pratiquées contre le cancer de la vésicule ne sont pas aussi meurtrières les unes que les autres et, à ce point de vue, je distinguerai trois ordres de faits, suivant qu'il s'agit de cholécystectomies simples, de cholécystectomies avec résection hépatique ou de cholécystectomies avec intervention sur l'estomac, le duodénum, le côlon, etc.

Le premier groupe de faits comprend 37 cas avec 8 morts, soit 21,5 pour 100, au lieu de 31,5 pour 100 que donnaient Terrier et Auvray, comme taux de la mortalité, pour cette catégorie d'opérations. Les malades succombent surtout par suite de collapsus ou de shock opératoire ; un cas seulement de péritonite (Schede) et un autre d'embolie pulmonaire (Kümmel).

Dans la deuxième catégorie : cholécystectomie avec résection partielle du foie, nous trouvons 15 opérations avec 2 insuccès, soit 13 pour 100 de mortalité, chiffre qui est sensiblement inférieur à celui de Terrier et Auvray (16 pour 100). Les deux cas de mort concernant deux malades de la clinique de Czerny : l'un mourut de pneumonie et l'autre de péritonite. Ces chiffres montrent donc, que la cholécystectomie avec résection hépatique, bien qu'elle paraisse plus grave que la cholécystectomie simple, donne au contraire, une mortalité sensiblement moins élevée que celle-ci. Il semble bien, en tout cas, que l'on n'ait pas à redouter l'hémorragie du parenchyme hépatique puisque, soit dans les faits recueillis par Terrier, soit dans les nôtres, cette complication ne se trouve jamais signalée.

Le dernier groupe de faits renferme 6 cas plus ou moins compliqués, dans lesquels on fit en même temps que la cholécystectomie, la résection d'une partie du duodénum (*Czerny* : mort) ; la résection partielle du foie et du côlon (*Kehr, Albertin*) ; la résection partielle du foie, du grand droit et du pylore (*Mayo-Robson*) ; la résection partielle du foie et du pylore (*Kehr*) ; la résection du cholédoque, une gastro-entérostomie et une cholédoco-entérostomie (*Czerny* : mort d'hémorragie le deuxième jour).

La mortalité est ici de 33 pour 100. La nature des interventions pratiquées suffit à l'expliquer.

Résultats éloignés. — Au point de vue des résultats éloignés, les faits que nous venons d'envisager peuvent se répartir de la façon suivante :

Dans 6 cas, la survie a été de 1 mois (Kümmel, 4 cas ; Körte, 2 cas).

Dans 5 cas, la survie a été de 2 mois (Czerny, 2 cas ; Körte, 2 cas. Pollosson).

Dans 4 cas, la survie a été de 3 mois (Körte, Krönlein, Faure, Albertin).

Dans 5 cas, la survie a été de 4 mois (Garré, 2 cas, Czerny, Krönlein, Mayo-Robson).

Dans 2 cas, la survie a été de 7 mois (Garré, Michaux).

Dans 1 cas, la survie a été de 8 mois Lyangren (la malade vivait encore au bout de 8 mois).

Dans 1 cas, la survie a été de 9 mois (Garré).

Dans 3 cas, la survie a été de 1 mois (Czerny, Kehr, Körte).

Dans 2 cas, la survie a été de 2 ans (Kümmel, Mayo-Robson).

Dans 4 cas, la survie a été de 2 ans et demi (2 cas de Körte, Czerny, Patel).

Dans 1 cas, la survie a été de 3 ans (Wörner).

Dans 1 cas, la survie a été de 4 ans (Kümmel).

Dans 1 cas, la survie a été de 4 ans et demi (Körte).

Dans 1 cas, la survie a été de 5 ans (Kümmel).

Dans 9 cas, les résultats éloignés manquent, ou bien il s'agit de cas trop récents, pour qu'on puisse en parler.

La moyenne des survies est donc de 11 mois environ.

La mort, dans tous les cas où le renseignement est signalé, est toujours due au développement d'une récurrence locale, avec noyaux secondaires dans le péritoine ou l'épiploon. Signalons cependant le fait de Kümmel, dans lequel une malade, opérée d'un cancer de la vésicule, eut trois ans après, un néoplasme du sein, dont les caractères histologiques étaient tout différents de ceux de la tumeur vésiculaire et qui mourut deux ans après une extirpation du sein, par récurrence de cette dernière tumeur : il n'y avait rien au niveau du foie.

Ces faits montrent donc que, chez les malades atteints du cancer de la vésicule, on peut recourir à autre chose qu'aux simples injections de morphine, et que le traitement radical permet dans bien des cas d'obtenir une survie appréciable.

Indications opératoires. Choix du procédé. — J'ai suffisamment insisté plus haut sur les relations de la lithiase et du cancer pour ne pas revenir ici sur le traitement prophylactique du néoplasme par l'extirpation systématique de toutes les vésicules dont les parois enflammées présentent des altérations accentuées, Je m'occuperai donc seulement des opérations palliatives ou radicales, qu'on peut opposer au néoplasme de la vésicule.

A. OPÉRATIONS PALLIATIVES. — Le nombre des opérations palliatives pratiquées dans le cancer de la vésicule est tellement considérable, que nous ne saurions entreprendre d'en donner ici, même une simple énumération. Voici seulement les statistiques de Körte, de Czerny et de Kümmel. J'en donne le détail, car seules elles englobent tous les faits de néoplasme vésiculaire observés par chacun de ces chirurgiens, et qu'elles peuvent servir ainsi à établir l'opérabilité de ces tumeurs :

Statistique de Körte :"

32 cas : 3 inopérables.

29 opérés, 11 laparotomies exploratrices.

3 morts de 1 à 3 semaines après,

8 morts après 5 mois.

8 cholécystostomies.

3 morts de 1 à 3 semaines.

5 morts de 3 semaines à trois mois.

1 côlostomie.

1 gastro-entérostomie.

8 cas de cholécystectomie.

Statistique de Czerny :

28 cas opérés : 15 opérations radicales.

13 opérations palliatives avec 7 morts moins d'un mois après l'opération.

Statistique de Kümmel :

11 cas : 7 opérations radicales.

4 opérations palliatives :

1 cholécystostomie : Mort le 7^e jour (pneumonie, hémorragie).

1 gastro-entéro-anastomose : Mort le 4^e jour (collapsus).

1 résection du pylore : Mort.

1 cholécystentérostomie : Mort le 8^e jour (pneumonie).

A la clinique du professeur A. Poncet, la cholécystectomie n'a jamais pu être tentée ; les malades observés étant tous dans un état de cachexie tel que toute tentative d'ablation aurait été fatalement vouée à un insuccès.

Voici d'ailleurs le simple énoncé des 7 interventions pratiquées par M. Delore :

Clinique de M. le Professeur A. Poncet.

OBS. V à XI.

1^o Une laparotomie exploratrice. Il y a de l'ascite. Mort deux mois après. Ictère.

2° Laparotomie avec incision de la vésicule énorme, contenant une grosse masse encéphaloïde, dont le centre est occupé par un calcul. Exérèse impossible. Pas d'ictère. Mort six jours après (soixante-dix-huit ans).

3° Laparotomie, avec ponction de la vésicule qui ramène du pus. Température 38 à 39 degrés. Le foie, la vésicule, le pylore, les ganglions du hile forment une masse inextirpable. Pas d'ictère. Mort trois mois après (soixante-quatre ans).

4° Laparotomie avec incision de la vésicule cancéreuse qui contient trois calculs. Cette vésicule, fusionnée avec le foie, le côlon et de gros ganglions du hile ne peut être enlevée. L'autopsie montre un cancer de la vésicule, du cystique, avec ganglions cancéreux du hile du foie. Ictère.

5° Malade ayant de la température et ayant eu des coliques hépatiques. La laparotomie montre un gros cancer de la vésicule inextirpable, en raison des adhérences cancéreuses et inflammatoires.

Mort quatre mois après. Pas d'ictère (quarante-huit ans).

6° Femme de soixante-quinze ans, lithiasique ancienne. Ictère brusque, décoloration des matières.

La vésicule très grosse, épaissie, contient du mucus, du pus et trente à quarante calculs. L'état général ne permet pas l'exérèse. Cholécystostomie. Mort trois mois après.

7° Cette observation est identique à la précédente.

Les quelques faits que nous venons d'indiquer montrent donc que la simple cholécystostomie est loin d'être une opération aussi bénigne que dans la lithiasie vésiculaire. Elle donne souvent une mort rapide par shock ou par hémorragie. Aussi, il importe d'en restreindre les indications.

A mon avis, dans tous les cas où l'on soupçonne un cancer de la vésicule, s'il n'y a ni ascite, ni cachexie trop accusée, il faut faire la laparotomie exploratrice

qui, seule, dans la majorité des cas, permet de se rendre compte exactement de l'état des lésions.

Celles-ci reconnues, il ne faudra jamais s'obstiner à vouloir faire toujours quelque chose. Si le malade ne souffre pas et qu'il n'a aucun signe de rétention biliaire, il me paraît bien préférable, lorsque l'extirpation complète est impossible, de fermer l'abdomen sans faire aucune autre intervention. La cholécystostomie doit être réservée aux cas où il existe de la rétention ou de l'infection. Dans ce cas, elle procure un soulagement sensible au malade; et je crois qu'on ne peut la lui refuser, sous prétexte d'extériorisation de la tumeur vésiculaire vers les parties superficielles et envahissement secondaire de la paroi. La généralisation se fait le plus souvent dans le foie et le péritoine, avant de venir à la peau, et cet argument ne me paraît pas mériter toute la valeur que lui ont attribuée les abstentionnistes.

Pour le même motif, contrairement à Garré, j'estime qu'il vaut mieux faire la stomie que de recourir d'emblée à une ablation de la tumeur, qu'on sait d'avance devoir être incomplète, car nous savons la gravité de ces exérèses atypiques, lorsque la section porte en plein néoplasme.

Ainsi restreinte aux cas sus-indiqués, la cholécystostomie sera parfois susceptible de donner des résultats appréciables, et je n'en veux pour preuve que l'observation de mon maître, le professeur agrégé Bérard, dont voici rapidement l'exposé :

Obs. XII (due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bérard). —
Cancer de la vésicule. Cholécystostomie. Survie de plusieurs
mois.

Il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans qui vient du service de M. le Dr Barjon pour une crise de coliques hépatiques suivie d'ictère.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, à cinq ans, elle a eu un abcès froid du triangle de Scarpa ; à seize ans, un panaris du pouce droit et un abcès du sein gauche. Mariée à dix-neuf ans, elle a eu six enfants bien portants. A vingt-cinq ans, bronchite qui dure plusieurs années et toux revenant tous les hivers.

C'est à quarante-cinq ans qu'elle ressentit ses premières coliques hépatiques : la même année, elle aurait d'abord eu deux crises avec douleur vive dans l'hypocondre droit, vomissements, etc. Depuis cette époque, elle prenait toutes les années des coliques semblables, mais sans ictère.

L'accès actuel a débuté il y a quinze jours : il s'est caractérisé par des douleurs dans l'hypocondre, des vomissements, puis, peu après par de l'ictère qui est allé rapidement en augmentant et s'est accompagné de décoloration de matières.

Actuellement, les douleurs persistent toujours dans le côté, amenant de la gêne de la respiration ; l'ictère est assez marqué : l'appétit a disparu ; l'estomac ne présente rien d'anormal. Le foie très gros dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt. Rien au cœur ou aux poumons. Albumine dans les urines, un peu d'œdème des jambes.

Pendant son séjour en médecine, on constate en outre que la température présente des oscillations à 38°5. Quelques frissons dans les derniers jours.

En présence de ces symptômes, M. Barjon fait passer la malade dans le service de M. Bérard où l'on décide une intervention. L'examen sous anesthésie avant l'opération ne révèle aucune particularité. Le diagnostic est celui de calcul du cholédoque avec angiocholite.

Laparotomie le 1^{er} septembre 1907. — Après l'ouverture du péritoine, on constate immédiatement sous la face inférieure de la vésicule une plaque de cancer qui infiltre la face inférieure du foie. La vésicule est distendue; foie énorme correspondant à ce qu'on sentait à la palpation.

L'extirpation de la masse néoplasique étant impossible, on se contente alors d'inciser la vésicule, après avoir protégé le champ opératoire. Il s'écoule par cette brèche un liquide grisâtre sanieux, purulent, renfermant peu de bile, et dans lequel on retrouve un calcul. Au niveau du hile, il existe quelques ganglions mous. Dans le cholédoque, il existe vraisemblablement des calculs, mais on juge inopportun d'en tenter l'ablation à cause de la masse néoplasique qui barre le chemin de ce côté. Fixation de la vésicule à la paroi. Drainage.

Les suites de l'intervention furent assez simples. Au bout de quinze jours, l'ictère avait beaucoup diminué et la bile coulait abondamment par la plaie. En sortant de la Croix-Rousse, la malade entra dans le service des cancéreux à l'hospice du Perron; mais au bout de trois mois environ, elle se trouvait tellement améliorée qu'elle préféra rentrer chez elle.

A un moment donné, les résultats obtenus chez cette malade semblaient ainsi faire écarter l'hypothèse d'un néoplasme. Mais depuis quelque temps des signes d'extension manifestes de la tumeur sont venus confirmer le premier diagnostic. La malade vient même de rentrer dans le service de M. Bérard avec des symptômes de généralisation évidents. La fistule biliaire est actuellement (juin 1908) réduite à un très fin pertuis qui laisse écouler par moments une certaine quantité de pus, mais peu de bile. Il existe un ictère très accusé.

En outre de la cholécystostomie qui s'adresse, ainsi que nous venons de le dire, aux cancers de la vésicule avec rétention et phénomènes infectieux consécutifs, d'autres accidents chez ces malades peuvent déterminer une opération palliative.

Dans un grand nombre de cas, l'existence d'une péricholécystite suppurée ou même d'une péritonite généralisée indiquent un drainage de l'abcès ou du péritoine. D'autres fois, l'existence d'une sténose pylorique ou duodénale entraîne l'établissement d'une gastro-entéro-anastomose pour rétablir la perméabilité du tube digestif obstrué. Enfin, dans des cas plus rares, c'est contre des accidents d'obstruction intestinale qu'est dirigée l'intervention, et c'est à l'anus contre nature ou à une entéro-anastomose, qu'on est obligé de s'adresser.

Je ne saurais insister ici sur ces opérations auxquelles on est le plus souvent obligé de recourir d'urgence et dont les résultats ne peuvent évidemment avoir qu'une durée toute éphémère.

B. OPÉRATIONS RADICALES. — Lorsqu'on examine les résultats des opérations radicales pour cancer de la vésicule, on reconnaît d'emblée que la résection du foie ne comporte par elle-même aucune aggravation de pronostic.

Les faits recueillis, en 1901, par Terrier et Auvray, montraient déjà que la mortalité des cholécystectomies avec résection hépatique (d'après 18 cas) est de 16 pour 100 seulement, tandis que celle de la cholécystectomie simple est de 31 pour 100 (16 cas). Les chiffres auxquels j'arrive, en ne considérant que les opérations faites depuis 1901, indiquent une mortalité respective de 13 pour 100 dans le premier cas et de 21,5 pour 100 dans le second.

On ne peut donc hésiter sur l'interprétation des

résultats, et il faut reconnaître que la résection du foie n'aggrave en rien le pronostic de l'intervention.

Ceci étant posé, et devant le nombre de récidives locales considérables qui sont signalées au niveau de la fossette cystique après la cholécystectomie simple, je crois qu'il faut entrer résolument dans une thérapeutique plus active et faire systématiquement la résection du foie au niveau de l'insertion vésiculaire.

Au point de vue chirurgical il faut, avec Kehr, considérer *le cancer de la vésicule comme un cancer du foie*; les nombreuses relations veineuses qui existent entre la paroi de la vésicule et le parenchyme hépatique doivent toujours nous faire regarder comme suspect la zone de tissu cellulaire qui sépare ces deux organes, même lorsque le décollement en est très facile. Il existe probablement aussi, à ce niveau, des communications lymphatiques qui expliquent les récidives; je me propose, d'ailleurs, de faire prochainement des recherches à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, après avoir dépouillé la majorité des faits connus à ce jour d'ablation de cancers de la vésicule, je crois que le chirurgien doit avoir recours systématiquement à des opérations plus radicales. De même que dans le cancer du pylore on fait une résection de toute la petite courbure, pour enlever tous les ganglions de la chaîne coronaire; de même que dans le cancer du sein on va délibérément chercher dans l'aisselle les ganglions qui s'y trouvent; de même enfin que dans le cancer de l'utérus, on n'enlève non seulement la matrice, mais encore le paramétrium; dans le cancer de la vésicule, il faut faire l'ablation aussi com-

plète que possible de tous les ganglions et commencer par là son intervention.

Ensuite, au lieu de décoller la vésicule du foie, il faut enlever en même temps que cet organe toute la région de la fossette cystique, en la limitant par deux

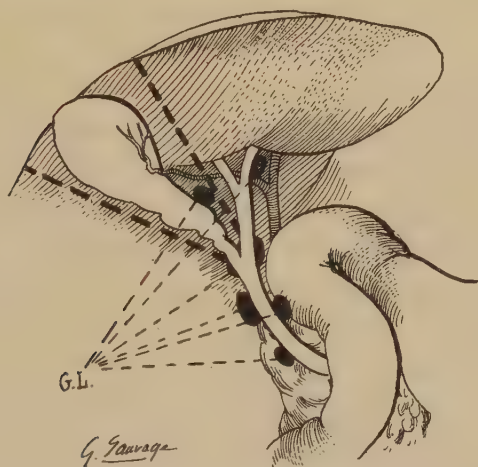


FIG. 1. — Schéma de l'intervention radicale dans le cancer de la vésicule. Le duodénum est décollé pour enlever les ganglions paracholédociens. Tracé de l'incision sur la fossette cystique.

incisions passant à 1 centimètre environ des bords de cet organe. Pour cela, on aura recours à l'un des nombreux procédés hémostatiques employés dans les sutures du foie. On réséquera cet organe suivant ses préférences, soit au thermo-cautère, soit au bistouri avec ou sans hémostase préalable. Il serait trop long d'insister ici sur tous ces procédés. Je me contenterai de rappeler que, dans les 33 cas, réunis par Terrier et Auvray ou par moi, de cholécystectomie avec résection hépatique, aucun malade n'est mort d'hémorragie,

Il s'agit là évidemment d'une intervention qui, pour avoir des résultats satisfaisants, doit être aussi précoce que possible. Si nous faisons la moyenne des survies après la cholécystectomie simple ou après la cholécystectomie après résection hépatique, nous voyons que les résultats de la première sont incomparablement supérieurs. Mais cela tient uniquement à ce que jusqu'à présent, on n'a jamais fait la résection du foie que dans les cas où cet organe était déjà manifestement envahi. Peut-être que dans les cancers au début, si l'on avait enlevé la zone d'insertion de la vésicule en même temps que cet organe, on aurait obtenu des survies plus longues. Il en est du cancer de la vésicule comme des néoplasmes de tous les organes. Ce n'est pas aux cas avec généralisation ou extension considérable de la tumeur qu'il faut réserver les opérations complètes, mais au contraire, aux formes bénignes, dans lesquelles on a l'avantage de faire une opération précoce. Et pour reprendre les quelques comparaisons que j'ai données tout à l'heure, je dirai que pour beaucoup de chirurgiens l'opération d'Halstead est la méthode de choix dans les néoplasmes du sein au début. De même, j'ai vu mon maître, le professeur A. Pollosson, pour un tout petit néoplasme limité à la lèvre postérieure du col de l'utérus recourir à l'opération de Wertheim, bien qu'on ait eu l'impression que, par l'hystérectomie vaginale on pouvait faire une bonne opération.

En question de cancer, ce n'est qu'au prix de grands sacrifices, dans des interventions précoces, qu'on peut arriver à obtenir des guérisons définitives.

Les quelques faits, que nous avons déjà signalés, où la tumeur avait dépassé la limite de la vésicule et avait envahi soit l'estomac, soit le côlon, nous montrent ce qu'on peut obtenir d'une opération bien réglée. Les résultats, obtenus dans ces conditions par Kehr et par Mayo Robson, le montrent d'une façon tout à fait évidente. Aussi, malgré la mortalité élevée de pareilles interventions, toutes les fois que la tumeur paraît extirpable, il faut en aborder systématiquement la résection. La technique variera suivant les circonstances et il est impossible d'en donner ici la description. Elle consistera essentiellement à rester toujours aussi éloigné que possible de la tumeur, qu'on abordera par la périphérie et qu'on enlèvera ainsi en une seule masse. Les procédés employés s'inspireront de ceux qu'on emploie journellement dans les résections de l'estomac ou dans celles du côlon. Je n'insiste pas davantage.

CHAPITRE II

CANCER DES VOIES BILIAIRES

Le cancer des voies biliaires est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait il y a seulement quelques années. En ne réunissant que les faits où une intervention chirurgicale a été pratiquée, je suis arrivé aux résultats suivants :

Cancer du cystique	7 cas.
— de l'hépatique	11 —
— du confluent	17 —
— du cholédoque	28 —
— de l'ampoule Vater . . .	27 —

J'ai réuni tous ces faits dans les tableaux qu'on trouvera plus loin. Enfin j'y ai ajouté un fait personnel de cancer du confluent qui a été recueilli à la clinique de M. le professeur A. Poncet.

Obs. XIII résumée, (due à l'obligeance de M. le Dr X. Delore, chirurgien des hôpitaux.)

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, sans antécédents lithiasiques, qui a été atteinte brusquement, il y a huit jours, d'un ictère actuellement foncé, puis d'une adynamie rapide.

Pouls = 110, stéarrhée, gros foie, grosse vésicule. Pas de température.

Laparotomie en baïonnette (M. Delore), le 7 mars 1908. Foie gros et abaissé, d'aspect cirrhotique. Vésicule petite et contenant trois calculs. Après la cholécystectomie, on tombe sur un canal hépatique très dilaté ; au-dessous, le cholédoque induré, épaissi, est impossible à cathétériser. La section rappelle celle d'un cancer. L'exérèse est impossible. Tamponnement, drainage, suture de la paroi.

Mort le 14 mars. Opposition à l'autopsie. Examen histologique (M. Paviot) : cancer des voies biliaires.

Considérations anatomo-cliniques. — D'une façon générale, il importe d'être bien prévenu contre l'extrême variabilité des caractères anatomiques ou cliniques par lesquels se manifestent les tumeurs des voies biliaires.

Dans une leçon clinique récente, P. Carnot disait à ce sujet :

Le cancer de l'hépatique, ou cancer supérieur des voies biliaires, siège au-dessus de l'embranchement vésiculaire : aussi la rétention biliaire se produit-elle du côté du foie, mais non du côté de la vésicule ; celle-ci ne recevant plus de bile et pouvant néanmoins évacuer sa sécrétion propre, reste vide en permanence ; elle n'est donc pas perceptible à la palpation : autrement dit, le signe de Courvoisier-Terrier est négatif. Il en était ainsi, par exemple, dans un cas très remarquable de Claisse : le cancer siégeait à la réunion des deux conduits hépatiques droit et gauche ; la vésicule était petite, non perceptible au palper. Le cancer de l'hépatique est donc caractérisé par un ictère par rétention avec gros foie et petite vésicule.

Le *cancer du confluent*, à cheval sur les canaux cystique et hépatique, offre à la fois les caractères des deux variétés précédentes. En effet, comme dans le cancer de l'hépatique, la bile du foie ne pouvant s'écouler, il y a ictère par rétention avec gros foie ; mais la vésicule étant séquestrée, comme dans le cancer du cystique, il y a une grosse vésicule hydropique. Tel était, par exemple, le cas rapporté tout récemment par Tuffier, dans lequel, à l'opération, on trouva une grosse vésicule remplie d'un liquide incolore. — *Le cancer du confluent est donc caractérisé par un ictère par rétention, avec gros foie et grosse vésicule hydropique, le contenu vésiculaire étant incolore.*

Le *cancer du cholédoque*, ou cancer inférieur des voies biliaires, plus fréquent d'ailleurs, que le cancer supérieur siège au-dessous de l'embranchement vésiculaire. Aussi la rétention biliaire se fait-elle sentir, en même temps, du côté du foie et de la vésicule ; il y a reflux de la bile vers la vésicule, et celle-ci distendue par la bile, devient appréciable à la palpation ; le signe de Courvoisier-Terrier est donc positif. Dans la vésicule la bile se concentre, d'ailleurs, par résorption, et, après quelque temps peut prendre une consistance semi-solide, visqueuse et filante, analogue à la mélasse. — *Le cancer du cholédoque est donc caractérisé par un ictère par rétention, avec gros foie et grosse vésicule pleine de bile.*

Le *cancer de l'ampoule de Vater*, enfin, détermine plus ou moins tôt la rétention biliaire, suivant son origine cholédocienne, wirsungienne, ou intestinale. Dans le premier cas, en effet, le néoplasme né sur la

paroi même du cholédoque (cas de Durand-Fardel) détermine rapidement de l'ictère. Dans le cancer wirsungien, né aux dépens de l'épithélium du canal pancréatique, l'obstruction est d'abord pancréatique et ultérieurement biliaire. Ainsi, dans un cas de P. Carnot (*Bull. et Mém. Soc. Médicale des hôp. de Paris*, 1906) l'obstruction pancréatique précède de huit mois l'obstruction biliaire.

Dans le cancer intestinal enfin (cas de Rendu) on peut constater des signes intestinaux surajoutés : diarrhée, mélæna, etc.

En résumé, *le cancer de l'ampoule de Vater est caractérisé par la coexistence de signes du côté du cholédoque (ictère par rétention), du canal pancréatique (absence de digestion duodénale), et du duodénum (crises de diarrhée, hémorragies intestinales).* — *L'ordre d'apparition et l'intensité de ces signes dépendent essentiellement du lieu d'origine de la tumeur.*

S'il n'en était ainsi, non seulement le diagnostic du cancer des voies biliaires serait chose aisée; mais au point de vue thérapeutique encore, on pourrait *a priori* déterminer facilement le meilleur procédé à employer.

En pratique, il faut bien le reconnaître, l'état des voies biliaires intéressées par le néoplasme est loin d'être aussi schématique, et il n'y a pour s'en convaincre, qu'à regarder le nombre de cholécystostomies faites sur des vésicules distendues, alors qu'il existait un cancer du canal hépatique. L'état de la vésicule, d'ailleurs, dépend souvent d'une lésion antérieure, et sa dilata-

tion peut manquer par suite d'une cholécystite calculieuse ancienne.

Il était utile, je crois, de faire ces réserves avant d'entreprendre le traitement du cancer des voies biliaires. Le chirurgien doit être prévenu de la possibilité de signes aussi paradoxaux et ne pas se contenter lorsqu'il trouve une vésicule dilatée de l'aboucher à la peau ou de l'anastomoser avec l'intestin. Il faut, dans tous les cas, faire une exploration minutieuse de toutes les voies biliaires, et s'assurer par la vue ou le toucher du point précis des canaux, où siège le néoplasme. Ce n'est qu'après avoir des notions exactes sur ce sujet qu'on peut décider du choix du procédé.

Indications thérapeutiques. — Les indications opératoires dans le cancer des voies biliaires ont ordinairement leur raison d'être dans la rétention biliaire qui en est la conséquence. Il s'agit, dans quelques cas, de malades chez lesquels on a vu se développer un ictère par rétention, mais les caractères peu nets de son évolution ou l'absence de signes de cachexie laissent encore supposer la possibilité d'une lithiasse du cholédoque, et c'est dans ce doute de l'esprit, qu'on se décide à l'intervention. D'autres fois, on a la certitude, avant l'opération, qu'il existe un obstacle de mauvaise nature sur les conduits biliaires, et c'est pour en rétablir la perméabilité qu'on pratique la laparotomie. Le plus souvent dans cette deuxième catégorie de faits, il est absolument impossible de préciser le siège de la tumeur, c'est donc après l'ouverture de l'abdomen, qu'on peut seulement décider l'intervention.

Au point de vue thérapeutique, les néoplasmes des voies biliaires ou de l'ampoule comportent des indications bien différentes suivant leur volume, leur siège ou leurs adhérences avec les organes voisins. Dans quelques cas où l'on se trouve en présence de tumeurs peu développées, sans généralisation aux organes voisins ou sans métastases hépatique ou ganglionnaires, on peut évidemment recourir à un traitement radical. Dans d'autres circonstances, au contraire, les lésions rencontrées sont telles qu'il est absolument inutile de songer à leur ablation et on doit se contenter d'une opération palliative, destinée seulement à rendre à la bile, pour quelque temps, un cours plus ou moins détourné vers le tube digestif.

Je ne saurais entrer ici dans le détail de toutes les opérations que le chirurgien peut être appelé à pratiquer dans de pareilles circonstances et je me bornerai à dire ce que doit être l'intervention, radicale ou palliative, dans les tumeurs des voies biliaires, suivant leur siège plus ou moins élevé vers le hile du foie.

1^o CANCER DE L'HÉPATIQUE. — Le cancer du canal hépatique ne peut évidemment se prêter à aucune tentative de traitement radical. Le siège profond de l'obstacle, dans une région difficilement accessible, rend son extirpation tout à fait impossible ; en outre, au cas même où la résection de l'hépatique serait possible, je ne vois pas bien comment on pourrait rétablir la continuité des canaux de la bile.

Je crois donc, avec Lapointe et Raymond, qui ont étu-

dié récemment ces tumeurs, que leur cure radicale n'est pas réalisable ; il faudra se contenter d'une laparotomie exploratrice ou d'une opération palliative, mais que sera cette dernière intervention ?

Il est absolument inutile de recourir à la cholécystostomie ou à la cholécystentérostomie. Les nombreux cas, dans lesquels ces opérations ont été pratiquées, ont fréquemment été suivies d'insuccès et il ne pouvait pas en être autrement. D'ailleurs, dans presque tous les cas où elles ont été faites, il s'agissait fréquemment de malades chez lesquels le siège exact de la lésion n'avait pu être reconnu au cours de l'opération et fut trouvé seulement sur la table d'autopsie.

Deux seules interventions sont capables de faire cesser pour un temps la rétention biliaire et peut-être de donner une survie : l'hépto-cholangiostomie ou l'hépto-cholangio-entérostomie. Si l'on ne veut pas y recourir, mieux vaut se contenter d'une simple laparotomie. En tout cas, je le répète, il est absolument inutile de faire supporter au malade le shock qui peut résulter d'une cholécystostomie ou d'une cholécystentérostomie, alors qu'on sait d'avance, que de telles interventions sont fatalement vouées à l'insuccès.

2° CANCERS DU CYSTIQUE, DU CONFLUENT ET DU CHOLÉDOQUE. — Lorsque la laparotomie fait découvrir une tumeur du canal cystique, du confluent ou du cholédoque, les mêmes considérations thérapeutiques me paraissent applicables, car dans tous les cas où l'on peut espérer réaliser une *opération radicale*, il faut enlever la vésicule, réséquer le cholédoque et rétablir la

continuité de l'hépatique et du cholédoque. De toutes ces manœuvres opératoires, cette dernière seule me paraît nécessiter quelques détails; je m'en occuperai donc à l'exclusion des deux autres.

Pour rétablir la continuité des voies biliaires sectionnées, on peut, en effet, recourir à plusieurs procédés. Mayo et Jaboulay ont fait la suture bout à bout du cholédoque et de l'hépatique; d'autres ont abouché le bout supérieur dans l'estomac (Quénu, Tuffier), ou dans le duodénum (Kehr, Terrier, Vautrin). Il s'agit là évidemment de manœuvres longues et difficiles, qui peuvent déterminer un certain degré de shock, surtout lorsqu'elles s'ajoutent à une opération souvent déjà longue et laborieuse, chez des malades très affaiblis. Aussi, je crois que le meilleur parti serait peut-être, après la résection, de fermer simplement le bout duodénal et de mettre un drain dans l'hépatique; puis au cours d'une seconde intervention de faire une implantation de ce canal dans le duodénum, suivant la technique que Terrier a employée dans un rétrécissement de cholédoque et dont nous avons déjà parlé dans un des chapitres précédents. De toutes les interventions destinées à rétablir l'écoulement de la bile dans l'intestin, je crois que c'est non seulement la meilleure, mais encore la plus facile. La distance qui sépare les deux canaux à anastomoser peut être, en effet, très facilement réduite, si l'on décolle le duodénum.

Les *opérations palliatives* dirigées contre le cancer du cholédoque consistent en anastomoses diverses entre les voies biliaires d'une part, l'estomac ou l'intestin d'autre part, ou bien dans le simple drainage de telle

ou telle portion des voies biliaires. Dans le cancer du cystique qui se traduirait surtout par un empyème de la vésicule, on peut se contenter d'une cholécystostomie. Mais cette opération ne me paraît guère à conseiller si l'obstacle siège au niveau du cholédoque ; même si la tumeur occupe un point sous-jacent à l'abouchement du canal cystique. On a dit que cette simple taille vésiculaire était quelquefois suffisante pour faire cesser la rétention biliaire, car à l'obstacle mécanique s'ajoute, comme au niveau de tous les canaux sténosés, un état de spasme, qui peut cesser sous l'influence d'une opération, qui s'adresse très indirectement à la lésion. Ainsi, après la gastrostomie, on voit quelquefois l'œsophage redevenir perméable à la sonde.

De même, on ne saurait avoir recours à la cholédocostomie ou à l'hépatocostomie, car ces fistules cutanées, il ne faut pas l'oublier, ne constituent dans tous les cas de cancer qu'un pis aller thérapeutique. Par la déperdition de bile qu'elles entraînent, elles ajoutent encore à la faiblesse du malade une nouvelle cause de dénutrition. Dans tous les cas où la chose est possible, il faut donc leur préférer l'anastomose des voies biliaires dans une portion quelconque du tube digestif.

Je ne veux pas m'étendre ici sur les avantages de l'abouchement des voies biliaires dans l'estomac, dans le duodénum, l'iléon ou le côlon. Mayo Robson préfère le côlon, parce que l'anastomose est plus facile : Kehr et Jaboulay, l'estomac ; d'autres le duodénum. Il s'agit ici d'interventions d'urgence en quelque sorte, dans lesquelles il faut, je crois, surtout chercher la rapidité

d'exécution; aussi, on ne saurait donner de règles fixes à ce sujet et chaque cas comportera des indications spéciales.

Du côté des voies biliaires on s'adressera, pour faire l'anastomose, soit à la vésicule, soit au cystique, soit encore au cholédoque. Ici, c'est le siège de la lésion qui fait préférer telle ou telle portion des voies biliaires. Si l'obstacle siège sur le cholédoque en un point sous-jacent à l'abouchement du cystique, on peut se servir avec avantage de la vésicule et faire une cholécystogastrostomie, une cholécysto-duodénostomie ou une cholécysto-côlostomie. Mais, pour cela, il faut évidemment que le cystique soit perméable et on doit se rappeler, avant de faire son anastomose, que la dilatation de la vésicule n'est pas la preuve de la perméabilité de ce dernier.

La cholédoco-entérostomie, l'hépatico-duodénostomie ou l'hépatico-gastrostomie tirent leurs indications des contre-indications des cholécysto-entéro-anastomoses, et c'est à elles qu'il faut donner la préférence dans tous les cas, où la vésicule n'est pas utilisable. Parmi tous ces procédés, je crois, d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit plus haut, que c'est l'hépatico-duodénostomie qui constitue la meilleure anastomose; elle réalise une exclusion des voies biliaires, en tout comparable à celle qu'on pratique quelquefois sur l'intestin, et elle possède les mêmes avantages que cette dernière opération.

3^e CANCER DE L'AMPOULE DE VATER. — Les considérations qui précèdent, peuvent également s'appliquer au traitement palliatif du cancer de l'ampoule de Vater

dans tous les cas où celui-ci est trop étendu pour qu'on en essaye la cure radicale. Je n'insiste pas davantage sur les différentes opérations, qui sont susceptibles de rétablir le cours de la bile dans l'intestin. Le cystique est généralement respecté par la tumeur, tout au moins au début ; mais la vésicule peut être inutilisable par suite d'une lithiasse ancienne.

Quant au traitement radical, on s'est borné jusqu'à présent à faire l'ablation de la tumeur par voie intra-duodénale ; dans quelques cas même, cette thérapeutique a été suivie d'une survie appréciable.

Les recherches modernes entreprises dans la chirurgie pancréatique permettront peut-être d'aller plus loin dans cette voie. L'introduction dans la technique chirurgicale du décollement du duodénum, pourrait peut-être permettre, de faire déjà une résection plus large de cet intestin au niveau de l'ampoule, de fermer le bout inférieur de celui-ci, après y avoir abouché le cholédoque et le canal de Wirsung, et enfin, de rétablir la continuité intestinale, soit en abouchant le bout supérieur dans l'intestin grêle, soit en le fermant au niveau du pylore et en faisant une gastro-entérostomie.

Par cette technique, qui se rapproche de celle que Desjardins a proposée pour le traitement des tumeurs de la tête du pancréas, il sera peut-être possible un jour, d'aborder un plus grand nombre de tumeurs et d'enlever en particulier celles qui ont déjà envahi la glande pancréatique.

L'anatomie pathologique nous enseigne que ces néoplasmes restent longtemps localisés. Aussi, comme le disait récemment Letulle, à propos de leur traitement :

« L'avenir réserve à la science chirurgicale une riche moisson de succès éclatants, le jour où elle abordera en connaissance de cause, avec des moyens puissants, le traitement des cancers de l'ampoule de Vater. »

Résultats de l'intervention. — Lorsqu'on parcourt les tableaux, que nous avons dressés, pour se rendre compte des interventions pratiquées, ou de leurs résultats, on constate les particularités suivantes :

CANCER DE L'HÉPATIQUE. — 11 cas, 10 morts.

4 laparotomies exploratrices (Vignard, Garré, Schuchardt, Lapointe). Dans un cas, le résultat n'est pas indiqué. Dans les 3 autres, mort de 3 à 7 jours après l'intervention.

5 cholécystostomies (Hesper, Ingelrans, Peyrot, Potel et Kümmel). Mort dans tous les cas de 3 jours à 3 semaines après l'opération par hémorragie ou par ictère grave.

1 cholécystentérostomie (Miodowski). Mort le 7^e jour.

1 hépatocholangiostomie (Weber et Mitchell). Survie de 2 mois.

CANCER DU CANAL CYSTIQUE. — 7 cas, 3 morts.

6 opérations palliatives :

4 cholécystostomies : 3 guérisons, opératoires avec une survie de 4^e mois (Czerny). 1 mort, embolie au 7^e jour (Kehr).

1 drainage de l'hépatique (Czerny). Mort de collapsus.

1 gastro-entéro-anastomose (Körte). Mort.

1 *opération radicale* (Vautrin) : Cholécystectomie et résection du foie. Excision du confluent. Drainage de l'hépatique. Mort au bout de 8 semaines.

CANCER DU CONFLUENT. — 18 cas, 11 morts.

14 opérations palliatives :

6 cholécystostomies (Bohnstedt, Ricard, Bier, Miodowsky, Garré, G. Sherill). 5 morts. 1 survie de 6 mois).

1 cholécystectomie (Delore). Mort au 8^e jour.

4 cholécystentérostomies (Donati, Goldammer, Krönlein, 2 cas) 4 morts.

2 hépaticomies (Tuffier) 2 morts au bout de 2 mois environ.

1 hépaticogastrostomie (Tuffier), fistule biliaire, mort 2 mois.

3 opérations radicales : Cholécystectomie, résection du cholédoque et hépatico-duodénostomie. 1 mort au bout de 8 semaines (W.-J. Mayo); 2 survies après 13 mois (W.-J. Mayo) et 2 ans (Kehr).

1 laparotomie exploratrice (Lecène et Pagniez. Mort collapsus).

CANCER DU CHOLÉDOQUE. — 28 cas, 26 morts.

Laparotomie exploratrice : 1 cas (Musser). Mort.

Opérations palliatives :

Cholécystostomies : 9 cas, 8 morts de 3 à 15 jours après l'opération (Czerny, 2 cas; Lennander, Kehr 2 cas, Miodowsky, Dibbelt, Polaillon et Dartigues), 1 survie de 6 mois (Lindth).

Taille idéale (cancer méconnu), 1 cas. Schede. Mort péritonite.

Cholécystentérostomie, 11 cas, 10 morts de 3 jours à 3 semaines après l'intervention (G. Sherill, Krönlein, Czerny, Goldammer, 3 cas; Kehr, 2 cas; Helferich), 1 survie après 6 mois (Boot et Peck).

Cholédotomie avec suture et cholécystectomie, 1 cas (Poppert). Mort.

Hépaticotomie, 1 cas (Kehr), mort au bout de 3 semaines.

Cholécystectomie et drainage de l'hépatique, 1 cas (Bier), mort.

Hépatostomie, 1 cas (Davis). Mort.

Cholédocoentérostomie et cholécystostomie, 1 cas (Kehr, Eilers et Lück), 1 mort.

Dans un cas de la clinique d'Heidelberg, on fit d'abord une cholécystectomie, puis la fistule persistant on eut recours au bout de deux mois à la cholécystentérostomie; enfin, les selles restant décolorées, Czerny fit un mois après une cholangioentérostomie. Mort de péritonite.

Opération radicale : Résection du cholédoque, 1 cas (Jaboulay). Mort.

CANCER DE L'AMPOULE DE VATER. — 27 cas, 16 morts.

Opérations palliatives :

Cholécystostomie, 6 cas, 3 morts (Ely, Körte, Stabel), 3 survies de quelques semaines (Lindner) à quelques mois (*id.*) et à 2 ans (Lejonne et Milanoff).

Cholécystostomie avec cholécystentérostomie secondaire, 3 cas. — Weir, cholécystentérostomie, au bout de 6 jours, mort. — Terrier, cholécystentérostomie, au bout de 4 mois, survie totale 14 mois. Schede, cholécystentérostomie, au bout de 1 an et demi, mort.

Cholécystostomie et cholédocotomie, 2 cas (Lindner, Körte), 2 morts.

Cholécystentérostomie, 4 cas, 3 morts (Lindner, Czerny, Mayo Robson), 1 survie (Reclus).

Cholécystectomie et cysticoduodénostomie, 17 mois de survie (Garré).

Cholédocoentérostomie, 3 cas, 2 morts (Czerny, Kehr); 1 guérison (Garré).

Opérations radicales :

Résection de l'ampoule : 8 cas, 5 morts (Czerny, 2 cas ;

Verhogen, Körte, 2 cas.)

1 survie de 6 mois (Halstead.)

2 survies (Mayo) de 2 ans environ.

En réunissant tous ces faits, on arrive à un total de 91 cas de cancer des voies biliaires ou de l'ampoule de Vater avec 66 morts plus ou moins immédiates, soit une mortalité globale de 72 pour 100 environ.

CANCERS DU CYSTIQUE

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Czerny (<i>in Merk, loc. cit.</i> , obs. CXX).	Cancer du cystique. Ictère, cholécystite. Métastases hépatiques. Cholémie.	Réséction partielle et cholécystostomie.	Le 2 ^e jour, hémorragies abondantes par la plaie (inject. de gélatine). — Mort au bout de 4 mois.
— (<i>in Jahresbericht</i> 1904, n ^o 778).	Cancer du cystique avec métastases hépatiques. Empyème de la vésicule.	Cholécystostomie.	Guérison opératoire.
— 1904 (<i>in Jahresb.</i> , 1905, n ^o 476).	Id.	Drainage de l'hépatique.	Mort et collapsus.
Narath, 1905 (<i>in Jahresb.</i> , 1906, n ^o 481).	Cancer du cystique. Métastases hépatiques et péritonéales.	Cholécystostomie et drainage du cystique.	Guérison opératoire. Amélioration de l'état général.
Kehr (<i>Technik der Gall.</i> , 1905).	Cancer du cystique. Calculs de la vésicule.	Cholécystostomie.	Hémorragies abondantes par la plaie. Pansement. — Mort 7 ^e jour d'embolie.
Körte (<i>Beit. Chir. d. Gallenwege</i> , 1905).	Cancer du cystique. Sténose pylorique par adhérences péri-cholécystiques.	Gastro-entérostomie.	Mort. A l'autopsie, on voit qu'il n'y avait pas encore de métastases.
Vautrin (<i>Arch. prov. de Chir.</i> , 1907).	Cancer du cystique.	Cholécystectomie et réséction du foie. Excision du confluent. Drainage.	La fistule se ferme le 28 ^e jour. — Mort au bout de 8 semaines.

CANCERS DE L'HÉPATIQUE

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Hesper, (<i>In Diss. Bonn.</i> 1893).	Ictère chronique depuis 6 mois. Douleurs violentes; faiblesse considérable. Vésicule distendue par de la bile.	Cholécystostomie en deux temps.	Hémorragies répétées au niveau de l'incision vésiculaire. — Mort au bout d'une semaine.
Schuchardt. (<i>Berl. klin. Woch.</i> 1898).	Cancer hépatique.	Laparotomie explorat.	»
Géraudel, (<i>Bull. Soc. anat.</i> 1901).	Ictère datant de 10 mois. Mauvais état général. Douleurs surtout après les repas.	Cholécystostom. (Peyrot et Souligoux). Il s'échappe un peu de liquide brunâtre	Deux jours après, hémorragie abondante par la plaie. Laparotomie, tamponnement de la région sous hépatique. — Mort 4 jours après la 1 ^{re} opérat.
Ingelrans, (<i>Arch. gén. méd.</i> , 1902).	Cancer de l'hépatique au niveau de sa bifurcation. Vésicule dilatée.	Cholécystostomie.	Mort 10 ^e jour.
Miodowsky, (<i>Virch. Arch.</i> , 1902, t. CLXIX).	Cancer de l'hépatique grosse vésicule.	Cholécystentérostom.	Mort 7 ^e jour.
Porot, (<i>Lyon méd.</i> , 22 nov. 1904).	Ictère chronique par rétention datant de six mois. Diag.: cancer des voies biliaires.	Laparotomie (Vignard). On reconnaît l'existence d'un néoplasme de l'hépatique. Vésicule rétractée.	La cachexie augmente rapidement. Petites hémorragies dans la plaie. — Mort 1 semaine après.
Garré (<i>in Stieda, Beiträge</i> , 1905).	Cancer de l'hépatique.	Laparotomie explorat.	Mort le 4 ^e jour d'hémorragies.
Weber et Mitchell, (<i>Med. chir. Trans. London</i> , 1905).	Cancer à l'union de l'hépatique.	Hépatocolangiostomie.	Survie 2 mois. La fistule est restée perméable jusqu'à la fin, tout en s'étant rétractée.
Houssin (th Lille. 1905-1906.)	Ictère chronique depuis 10 mois, Fièvre, amaigrissement.	Cholécystostomie (Potel et Druchbert), vésicule renfermant un muco-pus très épais.	Mort d'ictère grave 3 semaines après l'opération.
Goldammer (<i>Beiträge</i> , 1907).	Cancer ulcéré de l'hépatique reconnu seulement à l'autopsie. Etat infectieux grave.	Cholécystostomie d'urgence.	Mort le 6 ^e jour.
Lapointe et Raymond, (<i>Arch. gén. de chirurgie</i> 1908).	Cancer hépatique.	Laparotomie exploratrice.	Mort le 7 ^e jour.

CANCERS DU CONFLUENT

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Bohnstedt (<i>In Diss.</i> , Halle, 1893).	Hydropisie de la vésicule.	Cholécystostomie.	Mort.
Tesson (<i>Soc. Anat.</i> , 1902).	Tumeur du confluent.	Cholécystostomie (Ricard).	Mort 15 heures après.
Ulizewski (<i>In Diss.</i> , Greifswald, 1901).	Id.	Cholécystostomie (Bier).	Mort 5 ^e jour.
Miodowsky, (<i>Virchow Arch.</i> , 1902).	Id. Métastases hépat et ganglionnaires.	Cholécystostomie.	Mort 5 ^e jour.
Häni (<i>In Diss.</i> , Zurich, 1902).	Id.	Cholécystentérostom. (Krönlein).	Mort 2 ^e jour.
Id.	Id.	Id.	Mort 3 ^e jour, péritonite.
Donati (<i>Clinica Chirurgica</i> , 1905).	Id.	Cholécystentérostom.	Mort 24 ^e jour.
Garré, 1905, (<i>in Sieda, loc. cit.</i>)	Cancer du cystique et du cholédoque.	Cholécystostomie.	Mort de collapsus le 17 ^e jour.
W. Mayo, (<i>Annals. of Surg.</i> , 1905).	Cancer de la vésicule propagé aux 3 canaux.	Cholécystectomie et hépatico-duodénostomie après résection du cholédoque.	Mort au bout de 8 semaines par fistule bilio-alimentaire consécutive au tamponnement.
Id.	Id.	Id.	Guérison. — Encore survivant au bout de 13 mois.
Tuffier (<i>Soc. Chirurg.</i> , Paris 1905 et 1906).	Cancer confluent.	Hépaticotomie.	Mort 8 ^e semaine.
Id.	Id.	Hépaticogastrostomie	Fistule biliaire. Mort 2 ^e mois.
Id.	Id.	Hépaticotomie, drainage hépatique.	Amélioration.
Lecène et Pagniez.	Id.	Laparotomie explor.	Mort. Collapsus.
Garland Sheril (<i>Ann. of Surg.</i> , 1906).	Cancer du cholédoque propagé à la vésicule.	Cholécystostomie.	Survie 6 mois.
Goldammer, (<i>Beiträge</i> , 1907).	Cancer de la vésicule et du cholédoque.	Cholécystentérostom.	Mort 8 ^e jour. Pneumonie. Métastases hépatiques.
Kehr (<i>Drei Jahre d. Gallenst.</i> , 1908).	Cancer du confluent.	Résection du cholédoque. Hépatico-duodénostomie. Cholécystectomie.	Guérison. — Encore survivant au bout de 2 ans.
Delore, 1908.	Cancer du confluent.	Cholécystectomie.	Mort 8 ^e jour.

CANCERS DU CHOLÉDOQUE

AUTEURS	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	RÉSULTATS
	CLINIQUE OU ANATOMIQUE		
Musser, 1889 (<i>in Garbarini, Tumori maligni del fegato e delle vie biliari</i> , 1907).	Cancer du cholédoque.	Laparotomie exploratrice.	Mort.
Lennander (<i>Wien. Klin. Woch.</i> , 1893).	Id.	Cholécystostomie.	Mort 3 ^e jour, cholémie.
Lindth (<i>in Garbarini</i> , 1894).	Id.	Id.	Survie 6 mois.
Kehr, 1894.	Cancer du cholédoque. Vésicule dilatée.	Cholécystentérostom.	Guérison. — Mort 3 ^e mois, cachexie.
Polaillon et Dartigues, 1896.	Cancer du cholédoque.	Cholécystostomie.	Mort 9 ^e jour.
Czerny, 1896.	Cancer du cholédoque.	Cholécystentérostom.	Mort 5 ^e jour.
Boot et Peck, 1897.	Cancer du cholédoque.	Cholécystentérostom.	Survie au bout de 6 mois.
Kehr, Eilers et Lücke, 1898.	Cancer du cholédoque.	Cholédoco-entérostomie.	Mort 14 ^e jour.
Kehr (<i>Münch. Med. Woch.</i> , 1898).	Cancer du cholédoque.	Cholécystostomie.	Hémorragies intestinales au 15 ^e jour. — Mort le 18 ^e jour.
Czerny (1898, <i>in Merk</i> , obs. III).	Diagnostic clinique : Calcul du cholédoque et cholécystite. Douleurs depuis janvier 1898. Ictère depuis 3 semaines. Diagnostic anatomique: Cancer du cholédoque.	Cholécystectomie partielle et cholécystostomie. Compression du cholédoque par des ganglions (Jordan).	L'examen des ganglions montre qu'il s'agit de cancer. La fistule ne se ferme pas. 30 sept. 1898 : Cholécystentérostomie. Malgré cette opération les selles restent décolorées. Aussi le 11 nov. 1898, Czerny fait une hépato-cholangio-entérostomie. Mort de péritonite en 48 heures. A l'autopsie, cancer du cholédoque à sa partie moyenne. Nombreuses métastases.
Davis (<i>Amer. Med. Assoc.</i> , 1901).	Cancer des voies biliaires.	Hépatostomie.	Mort.
Czerny (<i>in Jarhesb. f.</i> 1901, n° 606).	Ictère chronique depuis 4 semaines. Cachexie. Cancer du cholédoque.	Cholécystostomie.	Mort d'hémorragie le 6 ^e jour.
Hagen, th., Kiel, 1902.	Cancer avec métastases hépatiques.	Cholécystoduodénost. et gastro-entéro-anastomose (Helferich).	Mort.
Ulizewsky (<i>In. Diss.</i> , Greifswald, 1902).	Cancer du cholédoque.	Réséction de la vésicule et du cholédoque (Bier). Drainage hépatique.	Mort 3 ^e jour.

CANCERS DU CHOLÉDOQUE (*suite*)

AUTEURS	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	RÉSULTATS
	CLINIQUE OU ANATOMIQUE		
Miodowsky (<i>Virchow. Arch.</i> , 1902).	Id.	Cholécystostomie.	Mort péritonite.
Dibbelt (1904), in Garbarini.	Cancer du cholédoque presque à l'ampoule.	Id.	Mort.
Häni, th. Zurich, 1902.	Cancer 2 ^e portion du cholédoque.	Cholécysto - colostomie.	Mort le 3 ^e jour (collapsus).
Jaboulay et Patel, 1903.	Cancer du cholédoque.	Résection du cholédoque. Suture de l'hépatique au cholédoque.	Mort.
Schede (in th. Heidenheim, Cologne, 1903).	Cancer du cholédoque reconnu à l'autopsie. Opérée pour cholécystite chronique récidivante.	Cholécystost. idéale.	Mort au bout de 48 heures (péritonite due à insuffisance de la suture).
Czerny (in <i>Jahresh. f.</i> 1904, n ^o 2, 320).	Ictère depuis septembre. Cachexie extrême. Vésicule très distendue. Cancer du cholédoque sans métastases.	Cholécystostomie.	Collapsus, délire. Parotidite. — Mort le 14 ^e jour.
Kehr (<i>Technik der Gallenst.</i> , 1905).	Cancer du cholédoque remontant jusqu'au foie.	Cholécystostomie et fixation du bord du foie dans la plaie pour permettre de faire ultérieurement une cholangiostomie.	Mort le lendemain de collapsus.
Goldammer (<i>Beitrag.</i> 1907).	Cancer du cholédoque entre le cystique et l'intestin.	Cholécystentérostom. au bouton.	Mort le lendemain. Collapsus (métast. hépat.).
»	Cancer du cholédoque.	Cholécystentérostom.	Mort 2 ^e jour (métast. hépat.). Angiopancréatite suppurée.
»	Id.	Id.	Mort 3 ^e jour.
Poppert (in thèse Brünning), Giessen, 1905.	Cancer du cholédoque. Vésicule calculeuse.	Cholédocotomie avec suture. Cholécystectomie.	Mort (?)
— (Garland Sherrill. <i>Annals of Surg.</i> , 1906).	Cancer de la partie terminale du cholédoque. Ictère.	Cholécystentérostom.	Mort.
Kehr (<i>Drei Jahr. der Gallenst.</i>)	Cancer du cholédoque. Ictère grave.	Hépaticotomie : drainage.	Mort au bout de 3 semaines. Cachexie.
Id.	Cancer du cholédoque.	Résection du cholédoque. Hépatico-duodénostomie. Cholécystectomie.	Guérison persistante au bout de 2 ans.
Id.	Cancer du cholédoque et péricholécystite suppurée.	Cholécystostomie.	Mort de cachexie : 3 semaines.

CANCERS DE L'AMPOULE DE VATER

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Ely, <i>New-York med. record</i> , 1889, 10 août.	»	Cholécystostomie.	A l'autopsie on reconnaît l'existence d'un cancer de l'ampoule de Vater.
Weir, <i>New-York med. record</i> , 1893.	Diagnostic clinique. Obstruction du canal cholédoque.	Ponction et drainage d'un kyste pancréatique. Cholécystostomie.	6 jours après on tente la cholécystentérostomie et anastomose intestinale de la fistule pancréatique (celle-ci est impossible et on se contente de la fermer). — Mort 2 heures après l'opération.
Körte in Fränkel, <i>Berliner klin. Wochens.</i> , 1894, p. 852.	Diagnostic clinique : lithiase biliaire ou angiocholite.	Cholécystostomie.	Les selles restent décolorées. On pense à un cancer de l'ampoule; mais le malade meurt de colapsus avant qu'on ait pu faire la cholécystentérostomie projetée.
Terrier, 1894 (<i>in Terrier et Auvray</i> , 1901).	Diagnostic clinique : ictère chronique dû probablement à la lithiase biliaire avec cholécystite.	Opération (7 juillet 1894). Résection du fond de la vésicule et Cholécystostomie (4-5 calculs), on ne trouve pas d'obstacles sur le cholédoque, l'hépatique ou le pancréas.	Amélioration de l'état général. Fistule persistante aussi le 10 nov. 1894, cholécystentérostomie. — Mort le 21 sept. 1895 (14 mois après la première intervention). A l'autopsie, petit cancer annulaire de la papille
Stabel, <i>Cent. f. Chir.</i> , 1897. p. 1211.	Diagnostic clinique : lithiase biliaire, angiocholite.	Cholécystostomie.	Mort d'abcès métastatiques avant une deuxième intervention.
Lindner, id.	Cholélithiase Coliques fréquentes. Ictère.	Cholécystostomie. Calculs dans la vésicule. Cholédoque paraissant perméable.	Mort de cachexie au bout de quelques semaines. Cancer de l'ampoule.
Lindner, id.	Cholélithiase.	Cholécystostomie. Calculs dans la vésicule, cholédoque paraissant perméable.	Mort au bout de quelques mois de cachexie. Cancer de l'ampoule.
Lindner, id.	Ictère intermittent depuis deux ans. Prurit très intense.	Cholécystentérostom.	Mort au bout de cinq jours d'hémorragies profuses de l'estomac. Cancer de l'ampoule.
Lindner, id.	Obstruction calculueuse du cholédoque.	Cholécystostomie et choledocot. Nombreux calculs du cholédoque et de la vésicule.	Mort au bout de deux jours. Cancer de l'ampoule.

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Halstead (<i>Boston, med. a. surg., Journal</i> , 28 déc. 1889).	Cancer de l'ampoule.	Cholécotomie; duodénotomie exploratrice. Ablation en masse d'une plaque duodénale au niveau de l'abouchement du cholédoque et du canal pancréatique. Transplantation de ces conduits dans le duodénum.	Mort au bout de six mois, récursive.
Lejonne et Milanoff, <i>Bullet. Soc. Anat.</i> , Paris, 1899.	A l'autopsie d'un homme à qui on avait fait une cholécystostomie deux ans auparavant on trouve un cancer de l'ampoule.	Cholécystostomie.	Survie 2 ans.
Czerny, 1901 (Schüller: <i>Beiträg. z. klin. Chirurgie</i> , 1901).	Obstruction du cholédoque avec gros foie. Angiocholite.	Duodénotomie. Excision d'une tumeur de la grosseur d'un haricot siégeant au niveau de la papille. Du cholédoque il coule du pus. Aussi suture de ce conduit dans la portion du duodénum excisée. Drainage vésicule. Fermeture du duodénum. Drainage.	Mort le 5 ^e jour. Péritonite localisée. Les sutures n'ont pas tenu. Pleuro-péricardite.
Czerny, 1901, id.	Ictère chronique de cause imprécise.	Laparotomie. Pas de calculs. Pancréas un peu induré, mais non cancéreux. Cholécystentérost. au bouton, difficile à cause adhérences duodénales. Quelques points à la Lambert.	Suites d'abord bonnes. Le 7 ^e jour on enlève les sutures. Puis grave état général; température, hémorragies intestinales. — Mort 12 ^e jour. A l'autopsie, cancer de l'ampoule.
Mayo (<i>Saint-Paul's, med. Journal</i> , juin, 1901).	Cholécystostomie p. lithiase le 3 novembre 1900. Fistule persistante. Nouvelle opération le 31 janvier 1901. Cancer de la papille cholécocienne.	Duodénotomie antérieure. Résection de la masse néoplasique et cautérisation.	Guérison opératoire. Dans un autre cas, cet auteur eut également une survie de 2 ans environ.
Schede (<i>in th. Heidenheim</i> , Cologne, 1903).	Cancer de l'ampoule reconnue à l'autopsie.	Ablation d'un calcul du cholédoque par cholécystostomie en 1895. Nouvelle crise de rétention biliaire en 1899. Cholécystostomie en 2 temps. Nouveaux accès au bout de quelques mois: Cholécystentérostomie.	Mort le 11 ^e jour de fistule intestinale et péritonite.

CANCERS DE L'AMPOULE DE VATER (*suite*)

AUTEURS	DIAGNOSTIC CLINIQUE OU ANATOMIQUE	INTERVENTION	RÉSULTATS
Czerny, 6 décembre 1904 (<i>Jahresb. f. 1904</i> , n° 2088, <i>Beiträge</i> , 1904.	Ictère depuis 6 semaines. Amaigrissement. Cancer de l'ampoule.	Résection de l'ampoule et de la partie terminale du cholédoque. Fixation de la tête du pancréas dans la plaie intestinale. Drainage du cholédoque.	Hématémèses abondantes. Mort le 2 ^e jour. A l'autopsie, sang dans l'intestin paraissant venir du pancréas. Sténose du duodénum au niveau de la suture. Pas de péritonite.
Czerny, 1903 (in <i>Jahresb. f. 1903</i> , n° 1443). <i>Beiträge</i> , 1904.	Ictère depuis 5 mois. Pas de douleurs. Cancer de l'ampoule. Hydrop. de la vésicule. Cholédoque dilaté.	Cholécystectomie. Cholédocoduodénostomie.	Mort le lendemain, collapsus et hémorragie.
Mayo Robson (<i>Disease of the Gall Bladder</i> , 1904).	Cancer de l'ampoule, étendu au pancréas et au pylore.	Cholécystentérostom.	Mort.
Reclus, <i>Bull. Soc. Chir.</i> , Paris, 1905.	Rétention biliaire. Ictère chronique.	Pas de calculs du cholédoque. Rien au pancréas. Cholécyst-entérostomie.	Autopsie longtemps après par Cornil (cancer de l'ampoule).
Körte (<i>Chirurgie der Leber u. Gallenw.</i> , 1905).	Cancer de la papille. Cachexie, ictère, fièvre ascite.	Drainage de la vésicule et du cholédoq.	Mort cachexie le 12 ^e jour.
Id.	Cancer de l'ampoule.	Duodénotomie; ablation de la tumeur. Drainage du cholédoque.	Mort le 6 ^e jour Pas d'autopsie.
Id.	En 1902. Cholédocotomie, duodénotom. exploratrice, rétrécissement de la papille paraissant être de nature cicatricielle. 19 m. après, récurrence d'ict.	Résection du duodénum.	Mort collapsus 3 ^e jour.
Garré (in Stieda, <i>Beiträge</i> (obs. X, 18 V. 1904).	Cancer de l'ampoule.	Cholécystectom.; cholédocotomie et cystico-duodénostomie	Guérison opératoire. Dix-sept mois plus tard, sténose pylorique par compression. Gastro-entérostom. postérieure (Lengnik).
Garré (id. obs. XIII, 11. III, 1905).	Id.	Cystostomie et cholédoco-duodénostom.	Guérison opératoire : sort un mois après.
Kehr (<i>Technik der Gallenst.</i> , 1906.	Cancer de l'ampoule étendu. Ictère foncé; pétéchies.	Cholédoco-duodénostomie à la suture.	Mort le 7 ^e jour d'hémorragies (hémorragies utérines et intestin.).
J. Verhoogen, in <i>Compte rendu de l'hôpital Saint-Jean</i> , Bruxelles, 1907.	Adéno-carcinome de l'ampoule de Vater.	Résection de l'ampoule par duodénotomie antérieure. Suture du cholédoque à la muqueuse duodénale. Fermeture de l'intestin.	Mort par hémorragie cholémique le 11 ^e jour. On trouve en outre une brèche intestinale, mais pour l'auteur elle se serait produite <i>post mortem</i> .

QUATRIÈME PARTIE

DOCUMENTS

Dans le cours de ce travail, j'ai publié toutes les observations qui me paraissaient avoir quelque intérêt. J'ai dans mes notes un grand nombre d'autres faits, mais il m'est absolument impossible de tous les publier ici. Je me borne donc à résumer aussi clairement que possible l'ensemble des faits qui ont servi de base à cette étude. J'indiquerai soigneusement les résultats immédiats et éloignés qui ont été obtenus par les différents auteurs dont j'ai recueilli les statistiques. J'ai seulement éliminé de quelques-unes d'entre elles des faits qui ne peuvent être rattachés à la lithiase, cancers du pancréas, cholécystites non calculeuses, etc.

Statistique de Bramann (1899-1903). — Fielitz, *Die operative Behandlung der Gallensteinkrankheit und ihre Erfolge*, in der Klinik des Herrn Prof. v. Bramann (Inaug. Diss., Halle, 1900). — Wald, *id.*, (Inaug. Diss., Halle, 1903.)

Au début, Bramann préférait le cholécystostomie à la cholécystectomie et il ne faisait guère le drainage direct du cholédoque. Depuis, il enlève beaucoup plus de vésicules et il fait le drainage de l'hépatique. Incision de Kocher. Dans quelques cas, incision de Czerny.

Dans une première série 1898-1900, nous trouvons les opérations suivantes :

1° *Cholécystostomie idéale* : 8 cas, 7 guérisons ; 1 mort au bout de 5 semaines (cancer pancréatique).

Résultats éloignés : 4 guérisons depuis 3 ans ; 1 récurrence au bout de 6 ans ; 2 malades n'ont pas répondu.

2° *Cholécystostomie* : 23 cas, 15 guérisons sans fistule ; 4 guérisons avec fistule ; 1 guérison avec expulsion secondaire de calculs ; 2 guérisons avec abcès ; 1 mort le 21^e jour ; à l'autopsie : pneumonie et calculs du cholédoque.

Résultats éloignés : 11 malades sont restés guéris ; 6 n'ont pas répondu ; 1 récurrence (6 ans) ; 1 mort de cancer des voies biliaires (2 ans) ; 3 fistules persistantes ayant nécessité opération secondaire.

3° *Cholécystostomie et cysticotomie* : 12 cas, 0 mort.

Résultats éloignés : 6 guérisons. — 1 persistance d'ictère : deuxième intervention au bout de 3 ans ; libération d'adhérences ; mort. A l'autopsie, calculs de l'ampoule. 1 malade, mort de pleurésie purulente. — 4 n'ont pas répondu.

4° *Cholécystectomie* : 1 cas, 1 guérison.

5° *Lithiase du cholédoque*, 21 cas.

a) *Ablation de calculs du cholédoque par la vésicule* : 3 cas.

Dans les 2 cas cholécystostomie : il s'échappe une fois plusieurs calculs par la fistule.

Dans 1 cas, taille idéale : récurrence l'année suivante.

b) *Refoulement dans le duodénum* : 3 cas, 2 malades ont eu une récurrence : l'un au bout de 5 semaines, l'autre au bout de 3 mois.

c) *Cholédotomie avec suture* : drainage paracholédocien. 5 cas. 1 mort, le soir de l'opération (à l'autopsie, angiocholite diffuse).

Résultats éloignés bons.

d) *Cholédotomie avec suture et cholécystostomie* : 9 cas ; 9 guérisons. Dans un cas il s'agissait d'un calcul de l'ampoule enlevé dans une duodénocholédotomie. Dans 3 cas, on fit la taille idéale.

e) *Cholédotomie avec drainage* : 1 cas, guérison. Mais ensuite douleurs et ictère. Cholécystostomie, drainage. Morte 3 ans après la première opération d'hépatite suppurée et d'abcès sous-phrénique.

f) *Phlegmons biliaires et péricolécystites suppurés*, 6 cas, 5 guérisons ; 1 mort (péricholécystite suppurée et cancer d'estomac).

Tous ces cas ont été drainés sauf un phlegmon biliaire pour lequel on fit la suture de la vésicule. La suture lâcha : fistule pendant quelque semaines. Mort 7 ans après de récurrence.

Statistique de 1901 à 1903 (Th. Wald).

Pendant ces 3 années 79 cas ont été opérés.

Cholécystostomie idéale	10
Cholécystostomie	35
Cholécystectomie	8
Cholécystentérostomie	4
Cholécocotomie	23

Pas de mort opératoire.

Statistique d'Helfferrich, clinique de Kiel. — Müller, *Die Gallensteinoperationen der chirurgischen Klinik zu Kiel, 1899-1901* (Inaug. Diss., Kiel 1902.)

La statistique de ces 3 années comporte 33 opérations avec 2 morts, soit 6 pour 100.

1° *Cholécystostomie* : 12 cas. 0 mort. Il s'agissait presque toujours de cholécystite chronique simple : empyème dans deux cas seulement. Les suites ont été simples : une malade eut un abcès de l'aîne, une autre une crise de douleurs, le 24^e jour, avec écoulement de bile très abondant par la fistule. Dans un dernier cas, enfin, où l'on avait fait une taille idéale, du 15^e au 28^e jour la malade eut de violents accès avec ictère. Guérison. Les opérés sont restés à l'hôpital de vingt-trois à soixante-seize jours. Les résultats éloignés ont été bons dans tous les cas.

2° *Cholécystectomie*, 15 cas. 2 morts = mort 13 pour 100. L'ablation de la vésicule a été faite 5 fois pour un empyème, une fois pour une hydropisie et les autres fois pour des lésions inflammatoires simples. Dans 1 cas il s'agissait d'une femme cachectique chez laquelle l'opération fut beaucoup trop tardive. Mort au bout de quarante-huit heures. Une autre malade, tuberculeuse, succomba le 20^e jour (pneumonie caséuse de la base droite). Dans tous les autres cas, guérison rapide en vingt-deux-

quarante-quatre jours. Deux fois au cours de l'opération il y eut une hémorragie abondante qui nécessita un tamponnement, mais la guérison n'en fut pas moins obtenue rapidement. Les résultats éloignés ont été bons chez tous les malades, sauf chez un qui eut dix-huit mois après un léger accès qui est, du reste, resté unique.

3° *Cholédotomies*. — Dans 5 cas de calculs du cholédoque Helferich a fait 3 fois une cholédotomie avec suture et drainage par la vésicule, 1 fois le drainage de l'hépatique et 1 fois également l'ectomie de la vésicule et le drainage. Dans ce dernier cas, on reconnut l'existence d'une fistule cholécystoduodénale et l'on fit en outre une duodénorrhaphie.

5 guérisons. Un malade eut un état de shock opératoire très prononcé; chez un autre on observa la nécrose d'un cartilage costal.

Statistique de Max Schede, clinique de Cologne. — Th. Heidenheim (Inaug. Diss., Cologne, 1903).

De 1899 à 1903, 34 malades ont été opérés (8 morts dont 5 cancers).

1° *Cholécystostomie idéale*. — Elle a été faite dans 4 cas, où la vésicule, petite, était difficile à fixer à la paroi, et où il y avait, en outre, des adhérences qui rendaient la cholécystectomie difficile, 1 mort opératoire par péritonite au bout de quarante-huit heures; la suture de la vésicule n'avait pas tenu; on reconnut d'ailleurs à l'autopsie l'existence d'un petit cancer du cholédoque. Dans un autre cas, il y eut une fistule et quatre ans après, on fut obligé de faire une ectomie. Dans le 3° cas, on avait enlevé en même temps un calcul du cholédoque. Mais le malade prend de la température, ce qui nécessite l'ouverture secondaire de la vésicule. Guérison.

Une seule malade eut donc des résultats immédiats et éloignés appréciables.

2° *Ouverture de vésicules adhérentes à la paroi*. — Dans 3 cas où il y avait de la péricholécystite, on se contenta d'inciser l'abcès vésiculaire. Deux malades ont bien guéri. Le 3° mourut le 13° jour, il s'agissait d'un cancer de la vésicule avec métastases hépatiques.

3° *Cholécystostomie*. — La cholécystostomie en un ou deux temps a été faite dans 15 cas. Il s'agissait :

9 fois de cholécystite chronique récidivante.

3 fois d'hydropisie de la vésicule.

2 fois d'empyème.

1 fois de cholécystite avec abcès péricholécystique.

Une seule mort dans un cas d'hydropisie avec ictère : il s'agissait d'une femme cachectique qui mourut de collapsus au bout de quelques jours.

Sur les 14 cas restants, il n'y eut que deux fois une fistule persistante. Une fois, on en obtint la guérison en faisant un simple avivement. Dans le second cas, cette thérapeutique fut suivie d'accidents de rétention ; il fallut ouvrir à nouveau la vésicule ; un an après, la malade eut une crise de coliques hépatiques avec calculs dans les selles. A ce moment, une nouvelle tentative d'oblitération de la fistule fut suivie de succès.

Il n'y a de l'éventration que chez une malade.

4° *Cholécystectomie*. — L'ablation de la vésicule a été appliquée 3 fois à la cure chirurgicale de cholécystites chroniques à type récidivant ou à type hydropique. Dans ces 3 cas, les résultats immédiats et éloignés en ont été très bons.

Dans 3 autres cas, elle a été faite après cholécystostomie.

Il s'agissait une fois d'une malade qui avait été cholécystostomisée en 1901 pour une cholécystite calculeuse. Persistance de douleurs, cholécystectomie. Guérison.

L'ablation de la vésicule faite un mois après l'incision d'un empyème dans un cas où l'on reconnut la persistance d'un calcul du cystique fut suivie d'une péritonite avec mort dans les quarante-huit heures. Enfin, dans le dernier cas, on était intervenu pour cure de fistule muqueuse. En réalité, il s'agissait d'un cancer de la vésicule. La malade mourut de péritonite septique.

5° La *cholédocotomie* avec suture et cholécystostomie a été faite une fois avec succès.

6° *Cholécystentérostomie*. — Dans 5 cas on a fait l'anastomose de la vésicule avec le tube digestif. Dans 2 cas, il s'agissait de coudure du cholédoque par des adhérences consécutives à de l'angiocholécystite calculeuse. Chez une malade, on intervenait à cause de la persistance d'une fistule biliaire.

Cholécystoduodénostomie. — 1 guérison, 1 mort (péritonite).

Dans deux autres faits, il s'agissait de cancer associé à la lithiase. Chez une première malade on avait fait une cholédocotomie et une cholécystostomie deux et un an auparavant. Malgré cela, de nouvelles crises hépatiques avec ictère et décoloration des matières apparurent. Cholécystentérostomie. Mort de péritonite le onzième jour. A l'autopsie, cancer de l'ampoule de Vater et du duodénum.

La seconde observation a trait à un homme ictérique chez lequel on avait ouvert un empyème de la vésicule ; les selles restant décolorées, on fit, quinze jours plus tard, une anastomose de la vésicule avec l'intestin grêle. Mort le sixième jour : à l'autopsie, cancer de la vésicule avec métastases hépatiques.

La dernière cholécystentérostomie enfin a été pratiquée chez une malade ictérique à qui l'on avait fait une cysticotomie avec suture ; la suture lâcha, une péritonite se déclara nécessitant un drainage de la vésicule. La malade, d'abord améliorée, revint ensuite avec un ictère encore plus marqué. Cholécystoduodénostomie. Guérison.

En résumé :

Cholécystendyse	4	1 mort (cancer cholédoque).
Cholécystostomie	15	1 — (1 hydrops-collapsus).
Cholécystectomie	6	2 — (1 empyème, 1 cancer).
Cholédocotomie	1	0 —
Cholécystentérostomie . .	5	3 — (dont 2 cancers, 1 cure fist.-biliaire).
Ouvert. d'abcès	3	1 — (cancer vésicule).

Statistique de Riese (*Vers. d. fr. Verein. der Chir.*, Berlin, 1903.

25 cholécystectomies pour cholécystite grave .	3 morts
20 cholécystectomies pour choléc. chron. . .	1 —
10 cholécystectomies très compliquées . . .	3 —
30 cholécystostomies, ...	4 —
(Ces 4 malades seraient d'ailleurs morts sans opération.	
11 cholédocotomies, ouvertures d'abcès, péri-	
tonites, etc.	5 morts
Au total: 96 opérations avec	16 —

Mais, si l'on enlève 8 malades qui moururent et chez lesquels il existait un état d'infection très grave avant l'intervention, la mortalité n'est plus que de 8/88, soit 10 pour 100.

Statistique de Rotgans (d'Amsterdam). — La statistique du professeur Rotgans a été publiée en 1904 par Siekemeyer, dans le *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* M. Astavermann a bien d'ailleurs voulu me donner des renseignements complémentaires sur les observations qui font l'objet de cette statistique, et je le prie d'agréer ici l'expression de ma bien sincère reconnaissance.

De 1894 à 1904, Rotgans a opéré 79 malades, 4 sont morts (1 de pneumonie, 3 autres de péritonite). Sur ces 79 malades, on a pratiqué :

5 cholécystotomies	0 mort
50 cholécystostomies	1 —
13 cysticotomies avec suture et cholécystostomie.	3 —
10 cholédocotomies avec suture	0 —
1 hépaticotomie	0 —
63 malades ont pu être retrouvés :	
Sur 9 cholédocotomies	0 récidue
— 1 hépaticotomie	1 —
— 5 cholécystotomies	1 — (pas de calculs-adhérences).
— 35 cholécystostomies	2 —

Depuis 1904, Rotgans a fait en outre 65 opérations nouvelles pour lithiase. Sa statistique n'est malheureusement pas encore prête pour être publiée ; mais voici quelques renseignements complémentaires sur les opérations précédentes et sur les modifications de technique qui ont été faites depuis cette époque.

Au début et jusqu'à 1904, Rotgans faisait la taille idéale dans tous les cas où la bile paraissait aseptique ; mais, il eut un cas de mort à la suite de perforation de la vésicule ; aussi il a complètement abandonné cette opération. La cholécystostomie était appliquée autrefois à presque tous les cas de cholécystite infectieuse ou suppurée, mais, actuellement, on ne la fait que dans les cas où l'ectomie n'est pas possible. Le drainage de l'hépatique ou du cholédoque est réservé seulement aux cas de lithiase de ces conduits.

Comme incision, Rotgans fait l'incision de Czerny.

Statistique de Koerte *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege
und der Leber, 1905.)*

1° LITHIASÉ SANS INFLAMMATION IMPORTANTE, 59 cas.

Il s'agissait onze fois d'hydropisie de la vésicule ; dans 3 cas, il y avait, en même temps, un abcès périnéphrétique, une tumeur inflammatoire de la région iléo-cæcale, ou un cancer de l'angle droit du côlon perforé. Deux autres malades étaient l'une épileptique, l'autre morphinomane.

Au début, l'auteur a fait quelques stomies idéales ; puis il a substitué à cette intervention la cholécystostomie avec drainage et, enfin, la cholécystectomie. Au total, il a pratiqué :

6 cholécystostomies idéales	0 mort
37 cholécystostomies ou cholécystectomies par-	
tielles	3 —
14 cholécystectomies	2 —
2 cholécystostomies et appendicéctomie . . .	0 —

A. Cholécystostomie idéale. — Chez deux malades il y eut un écoulement secondaire de bile par la plaie qui était drainée avec une mèche de gaze. Chez un autre, le dixième jour, il y eut une crise hépatique (expulsion d'un caillot ?).

Comme résultats éloignés, une récurrence au bout de dix ans et une éviscération douloureuse, qui nécessita une cure radicale. On put constater, dans ce cas, l'absence de toute nouvelle concrétion dans les voies biliaires.

B. Cholécystostomies, 37 cas. — Chez trois malades on fit en outre une cysticotomie.

Les 3 cas de morts indiqués plus haut ne sont pas le fait direct de l'opération, car il s'agit dans les 3 cas de lithiasé compliquée. Une malade qui avait un abcès périnéphrétique mourut de collapsus. Un cancer du côlon avec empyème de la vésicule succomba au bout de trois semaines aux progrès de la cachexie. Enfin, une épileptique, complètement guérie au point de vue opératoire, trouva la mort dans une crise, un mois après l'intervention. Les autres malades ont tous guéri. A signaler seulement comme complications, dans un cas, un abcès profond ; dans un autre, une bronchite et, dans le troisième, des accès de fièvre.

Quant aux résultats éloignés, quatre malades ont continué à se plaindre de douleurs plus ou moins longtemps après l'opération (douleurs au niveau de la cicatrice trois fois ; douleurs épigastriques une fois). Un autre eut de nouvelles crises avec ictère quatre semaines après l'opération. On lui fit une cholédocotomie avec drainage, car il s'agissait uniquement de pancréatite ; on ne retrouva pas de calculs et la guérison s'est ensuite maintenue. Crédé eut l'occasion de revoir une malade de Körte quinze mois après l'opération. Elle était atteinte de cholécystite ; il l'opéra, mais ne trouva qu'un rétrécissement du canal cystique. Enfin, Körte lui-même intervint de nouveau chez un de ses malades trois ans trois quarts après la première intervention en raison de nouvelles crises douloureuses. Il fit une cholécystectomie qui était en bonne voie de guérison, lorsque le malade succomba rapidement à la suite de rupture d'un anévrisme de la branche droite de l'artère hépatique. On ne retrouva pas de calculs.

Un cas d'éventration.

C. *Cholécystectomie*, 14 cas, 2 morts. — Dans un cas on fit en en même temps une résection du cæcum pour tuberculose, et dans un autre une ovariectomie pour kyste dermoïde. Une morphinomane mourut de collapsus dans les quarante-huit premières heures. Un autre malade, quinze jours après l'opération, présenta subitement des vomissements, du ballonnement du ventre ; le pouls devint très rapide et il succomba en quelques heures. A l'autopsie, atrophie jaune aiguë du foie, néphrite parenchymateuse et myocardite.

Parmi les suites opératoires, nous relevons seulement un hématome de la paroi et une pneumonie qui évolua sans incidents.

Une seule malade, chez qui il y avait beaucoup d'adhérences, continue à avoir quelques douleurs.

D. *Cholécystite et appendicite*, 2 cas. — Dans deux cas où il y avait coexistence d'appendicite chronique et de lithiase vésiculaire, Körte fit une appendicectomie et une cholécystostomie. Dans un cas, guérison sans incidents et dans un autre phlébite de la jambe gauche le dix-septième jour, ayant donné lieu deux fois à des infarctus pulmonaires. Guérison.

2° LITHIASÉ AVEC INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES.

A. *Cholécystite aiguë calculéuse*. — Dans 24 cas, où il s'agissait de cholécystite suraiguë infectieuse, et où il y avait des calculs, Körte a fait,

5 fois la cholécystostomie avec drainage. — 0 m.

5 fois la cholécystectomie partielle avec drainage. . . — 1 m.

9 fois la cholécystectomie avec drainage simple. . . — 2 m.

5 fois la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique — 1 m.

a) *Cholécystostomie*. — La cholécystostomie a été faite cinq fois. Dans un cas, le premier que Körte eut à traiter (1891) malgré l'ouverture de la vésicule, il persista pendant quatorze jours des phénomènes graves (ce qui prouve pour l'auteur la nécessité de l'ectomie). La fistule vésiculaire ne se ferma spontanément que deux fois. Dans 3 autres cas on dut intervenir. L'avivement des bords suffit une fois; il échoua une deuxième et on fit une cholécystoduodénostomie. Dans le troisième, cholécystectomie secondaire, six mois après la cholécystostomie.

Chez deux malades, on nota une récurrence au bout de six et de dix ans. Le premier de ces malades eut des crises hépatiques avec calculs dans les selles. Körte donne ce cas comme une récurrence vraie, tandis qu'il fait de l'autre une récurrence à la suite de calcul oublié.

b) Dans 5 cas la *cholécystectomie partielle* avec drainage du reste de la vésicule a donné 4 guérisons et 1 mort. Il s'agissait dans ce cas d'une diabétique qui mourut de coma le treizième jour.

c) La *cholécystectomie totale*, appliquée neuf fois, a été suivie de mort dans deux cas (collapsus). Dans un autre, elle a été suivie d'un écoulement de bile par la plaie pendant quatre mois.

d) *Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique*, 5 cas, 1 m. (péritonite) dans ce dernier cas il y avait un vaste phlegmon de la paroi abdominale.

B. *Cholécystites chroniques*. — 103 cas.

Il s'agissait, dans ces différents cas, soit de cholécystite chronique récidivante, soit de cholécystite ulcéreuse ou d'empyème de la vésicule.

Au point de vue thérapeutique, on a fait comme intervention primitive :

40 cholécystostomies simples.

1 — avec cholédotomie et suture.

2 — — et drainage.

27 cholécystectomies

33 — avec drainage de l'hépatique.

a) *Cholécystostomies*. — 40 cas, 1 mort.

Un malade qui avait un empyème mourut d'angiocholite quarante jours après l'intervention.

Dans quatre autres cas, la convalescence a été retardée par :

Phlébite et rhumatisme 1 fois.

Bronchite. 1 —

Broncho-pneumonie 1 —

Abcès de la paroi 1 —

Dans trois cas, il y eut une fistule persistante, pour laquelle on eut recours à une ectomie secondaire, d'un à six mois après la cholécystostomie (dans un cas il restait des calculs).

Au point de vue des résultats éloignés, nous n'avons des renseignements que sur la moitié des malades environ.

Deux ont eu encore des accès. Trois se plaignent de douleurs au niveau de la cicatrice ou au niveau de l'estomac.

Dans deux cas, il y eut une nouvelle poussée de cholécystite au bout de quelque temps, mais sans qu'on ne retrouve des calculs ; on constata, par contre, une fois un rétrécissement du canal cystique.

Le retour des phénomènes douloureux, chez une malade, imposa une cholécystectomie cinq mois après la stomie ; la vésicule renfermait à nouveau des calculs, mais il est bien probable qu'il s'agissait là de calculs qui avaient été laissés.

Chez une autre, on fit, pour la même raison, une cholédotomie.

Enfin, chez une dernière, il y aurait une récurrence constatée par un autre médecin.

b) *Cholécystostomie. Cholédotomie avec suture*. — Il s'agit d'un cas ancien, dans lequel le cholédoque reconnu libre fut suturé. Pleurésie dans la convalescence.

c) *Cholécystostomie. Cholédotomie avec drainage*. — 2 cas.

Dans un cas, il s'agit d'un malade qui avait déjà eu une cholécystotomie pour empyème de la vésicule. Guéri pendant un an, il eut ensuite une récurrence. Opéré quatre ans après la première opération, on trouva plus de 1.000 calculs dans la vésicule. Malgré le drainage, il conserva encore quelques douleurs dues à des adhérences.

Le second malade mourut trois mois après l'opération avec un gros foie. Pas d'autopsie.

d) *Cholécystectomie* — 27 cas, 3 morts.

Une malade mourut de pneumonie double.

Une autre, diabétique, succomba également à une pneumonie; dans les deux cas il s'agissait d'empyème de la vésicule. Dans une troisième observation, il s'agissait d'une femme qui présentait une récurrence deux ans après une stomie pour empyème et qui avait en même temps un abcès du rein. Mort avec des signes de collapsus. A l'autopsie, pyélonéphrite suppurée et myocardite.

Dans dix-huit cas, guérison sans incidents.

Quatre autres malades ont guéri malgré l'apparition d'une bronchite, d'une broncho-pneumonie, d'une pneumonie ou d'une phlébite. Deux ont eu un abcès de la paroi.

Les suites éloignées ont excellentes. Deux malades seulement ont continué à avoir des douleurs.

Un autre eut, trois mois après, un abcès sous-hépatique, puis un cancer du foie.

e) *Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique*. — 33 cas.

Vingt-cinq malades ont guéri sans incident. Dans un cas, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer de la vésicule au début.

Deux ont eu un abcès de la paroi.

Deux ont présenté un certain degré de collapsus après l'opération.

Un a eu une otite moyenne avec perforation du tympan.

Un autre une pneumonie et une phlébite de la jambe.

Deux sont morts : l'un d'hémorragie, le douzième jour, et l'autre de myocardite le vingtième. Le premier avait un empyème de la vésicule et il était atteint de néphrite. Chez le second, il y avait des signes de myocardite avant l'opération.

Les résultats éloignés ont été bons dans tous les cas. Quelques

malades n'ont pas donné de leurs nouvelles. Beaucoup ont répondu qu'ils étaient guéris. Pas un ne se plaint de récurrence.

f) *Cholécystite et appendicite*. — 5 cas, 3 morts.

Dans cinq cas où il y avait coexistence de cholécystite suppurée et d'appendicite, on fit :

Une fois, une cholécystostomie simple. Le malade avait un phlegmon rétro-péritonéal et un abcès sous-phrénique qui renaissaient pour cause d'appendicite.

Une fois, une cholécystostomie avec appendicectomie ; L'appendice était adhérent à un foyer de péricholécystite. Mort après deux mois de suppuration.

Trois fois, une cholécystectomie et une appendicectomie ; un malade mourut de pneumonie, les deux autres guérirent.

g) *Cholécystites avec abcès péricholécystique*. — 13 cas.

Dans un cas de phlegmon de la paroi, consécutif à une perforation de la vésicule, on fit le drainage.

Dans deux cas de perforation avec abcès péricholécystique, on se contenta également du drainage. Il y eut une fois une fistule stercorale qui guérit spontanément.

Les autres faits se rapportent à des péricholécystites suppurées sans solution de continuité des voies biliaires.

Deux ont été traités par le *simple drainage*, il y eut récurrence de douleurs dans un cas et persistance d'une fistule dans l'autre, qui nécessitèrent une nouvelle intervention sur la vésicule.

Six fois ont eu recours à la *cholécystostomie*. Chez un malade on fut obligé, en raison d'une fistule persistante, de faire une cholécystectomie secondaire. Un autre eut une récurrence au bout d'un an, pour laquelle on fit une nouvelle stomie avec drainage de l'hépatique.

À la stomie, on joignit dans un cas le drainage du cholédoque le malade eut une pneumonie, mais il guérit néanmoins.

Enfin, dans le dernier cas, où il y avait une perforation gastrique imminente, on fit d'emblée l'ablation de la vésicule. Guérison avec pleurésie droite.

C. *Lithiase du cholédoque*. — Dans 74 cas de lithiase du cholédoque, il y avait :

39 fois de l'ictère sans fièvre,

21 fois de l'ictère avec fièvre.

Comme traitement, on a fait :

Cholécystostomie	3 fois.
Cholédocotomie avec drainage	6 —
— avec suture et cholécystostomie	7 —
— avec suture et cholécystectomy	1 —
— avec drainage et cholécystostomie	9 —
— avec drainage et cysticotomy	1 —
— avec drainage	45 —
Duodénocolédocotomie	1 —
Cholédocoplastie et cholécystentérostomie	1 —

a) *Cholécystostomie*. — Trois malades, opérés il y a déjà longtemps, n'ont subi qu'une cholécystostomie. L'exploration incomplète n'avait pas révélé de calculs dans les voies profondes. Dans les trois cas, une opération itérative fut nécessaire, celle-ci eut, d'ailleurs, toujours une issue fatale. Chez le premier malade, persistance d'une fistule et récurrence de douleurs et d'ictère. Au bout de deux mois on fait une cholécysto-duodénostomie. Mort d'hémorragie. A l'autopsie, calculs dans la portion rétro-pancréatique. — Chez le second, les conditions étaient à peu près les mêmes; une cholécystentérostomie secondaire fut également mortelle. — Dans le dernier cas, au cours de la première intervention on n'avait pas trouvé de calculs. Récurrence. Un an et demi après, cholécystectomy avec drainage de l'hépatique; suture d'une perforation du duodénum. Mort de collapsus.

b) *Cholédocotomie avec drainage*. — 6 cas, 3 morts.

Trois malades sont morts à brève échéance (collapsus, 2 cas; pneumonie, 1 cas).

Un quatrième, atteint de cardiopathie, mourut d'une embolie deux mois après l'opération.

Une autre eut une pneumonie et guérit.

Le dernier enfin, eut une récurrence au bout de quinze mois. On lui fit à ce moment une cholécystectomy avec drainage de l'hépatique. Guérison.

c) *Cholédocotomie avec suture. Cholécystostomie et cholécystectomie.* — 8 cas, 1 mort.

La cholédocotomie avec suture a été combinée :

A la cholécystectomie, 1 fois. Guérison sans incident.

A la cholécystostomie, 7 fois. 1 mort par collapsus.

6 guérisons. Un malade a eu un accès dans la convalescence, après lequel il est resté guéri. Un autre eut une pneumonie; guérison.

Suites éloignées. — Deux opérés ont continué à avoir quelques douleurs. Un autre eut une récurrence au bout d'un an et demi; il mourut d'angiocholite à Dantzig, où il avait été opéré à nouveau.

d) *Cholédocotomie avec drainage et cholécystostomie ou cysticotomie.* — 10 cas, 1 mort.

Un malade chez lequel on fit un drainage de l'hépatique avec cysticotomie guérit assez rapidement.

Parmi les 9 autres, 1 mourut d'angiocholite. 5 ont guéri sans incident; 1 autre eut une crise avec calculs dans les selles au bout d'un mois. Le septième eut une fistule dont on fit l'avivement : guérison. La dernière, qui était enceinte de cinq mois et qui fut opérée en pleine angiocholite, avorta et eut un érysipèle. Guérison.

De ces neuf malades, l'un mourut de cancer d'estomac au bout de sept ans et demi et, à l'autopsie, on retrouva des calculs dans la vésicule. Une autre, opérée de cancer du sein quatre ans avant, mourut d'une métastase hépatique trois ans après. Chez une autre, enfin, il persiste quelques douleurs.

e) *Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique.* — 45 cas, 3 morts.

Dans 28 cas, guérison sans incidents.

A signaler comme complications opératoires :

Bronchite.	2 cas.
Pneumonie	2 —
Collapsus.	1 —
Erysipèle.	1 —
Abcès de la paroi	1 —
Paralysie radiale anesthésique	3 —
Fistule intestinale	1 —
Epanchement de sang dans le Douglas, drainage	1 —

Chez 3 malades, on eut une issue fatale, deux fois par suite d'hémorragie au neuvième et au onzième jour, une fois par embolie au quatrième.

Dans un cas, la vésicule enlevée fut reconnue comme étant un cancer au début.

Suites éloignées. — Un malade eut un abcès au niveau de la cicatrice un an après l'opération. Deux autres éprouvent encore quelques douleurs.

Dans un cas il y eut une récurrence, bien qu'on ait fait un drainage pendant six semaines, et on fut obligé d'intervenir à nouveau seize mois après la première opération. Le malade mourut de pneumonie le dix-septième jour. A l'autopsie, le foie était rempli de petits calculs; lithiase intra-hépatique.

f) *Duodénocholécotomie.* — 1 cas, 1 mort.

Il s'agissait d'un cas de calcul de l'ampoule de Vater. Mort de collapsus.

g) *Cholécystoplastie et cholécysto-duodénostomie.* — Dans un cas où il y avait un rétrécissement du cholédoque en même temps que des calculs, on fit une plastie suivant le procédé de Heinecke-Mickulicz et une cholécystentérostomie. Guérison.

D. *Angiocholite suppurée.* — 8 cas, 6 opérations, 6 morts.

Dans 8 cas d'angiocholite suppurée, Korte eut recours 6 fois à l'intervention. Dans tous les cas, il s'agissait de calculs du cholédoque, mais 3 fois il y avait en outre un empyème de la vésicule. Il fit 1 fois une simple cholécystostomie, 1 fois un drainage de l'hépatique, 3 fois une cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Les phénomènes infectieux persistèrent dans tous les cas et déterminèrent la mort du malade. Dans le sixième cas, il s'agissait d'un calcul intra-pancréatique. Duodéno-cholécotomie. Mort d'hémorragies cholémiques le sixième jour.

E. *Lithiase et pancréatites.* — 13 cas, 4 morts.

a) Dans 6 cas, il existait des lésions de pancréatite aiguë ou nécrotique :

1° Lithiase vésiculaire. Abcès de la tête du pancréas. Cholécystostomie. Mort trois semaines après.

2° Empyème de la vésicule, pancréatite hémorragique; sang, dans l'arrière-cavité. Cholécystostomie. Mort.

3° Empyème de la vésicule, calculs du cholédoque. Pancréatite

hémorragique et nécrose graisseuse. Cholécystostomie et drainage de l'hépatique. Mort.

4° Calculs de l'ampoule de Vater. Absès de la tête du pancréas. Cholédocotomie, duodénotomie, drainage. Guérison.

5° Calculs de la vésicule. Nécrose graisseuse du pancréas. Cholécystostomie et cholédocotomie secondaire. Guérison.

6° Calcul de la vésicule; nécrose graisseuse du pancréas. Cholécystostomie. Drainage du pancréas et du cholédoque. Guérison.

b) Dans 7 cas, il s'agissait de pancréatite chronique. Dans 3 cas, on a fait une simple cholécystostomie. Guérison. Dans les 4 autres cas, cholécystostomie et drainage du cholédoque. 1 mort (abcès du sein) et 3 guérisons.

F. *Péritonites d'origine biliaire*. — 8 cas, 3 opérations, 1 guérison, 2 morts.

Dans 5 cas, le malade était dans un tel état que l'opération ne pouvait être pratiquée.

3 patients ont été opérés. Körte a fait 1 fois une simple laparotomie et 1 fois un anus cæcal. Mort dans les deux cas. Dans le troisième, il s'agissait d'une rupture de la vésicule calculeuse. Opération au treizième jour. Cholécystostomie. Guérison. Epanchement pleurétique droit pendant la convalescence.

3° CANCER DES VOIES BILIAIRES, 32 CAS, 29 OPÉRATIONS

Dans presque tous les cas, il s'agissait de néoplasmes ayant donné lieu à des métastases et dont l'extirpation était impossible.

Körte a fait 12 fois une simple laparotomie exploratrice. Survie de quelques semaines à quelques mois; 4 fois la cholécystostomie : mort rapide dans 3 cas; une survie de trois mois.

Dans 3 cas, il existait une suppuration de la vésicule ou un abcès périvésiculaire : incision, drainage. Survie de deux mois.

Une fois, il existait une sténose pylorique secondaire et une fois de l'occlusion intestinale. Gastro-entéro-anastomose dans un cas et colostomie dans l'autre. Mort.

Enfin, 8 fois on a fait la cholécystectomie (voir le traitement du cancer de la vésicule).

Statistique de Poppert, Brüning, Inaug. Diss. Giessen, 1905.

Dans ces dix dernières années, Poppert a fait 100 cholédotomies. Il s'agissait presque toujours de lithiase. Un seul cas de cancer du cholédoque ; 3 cas d'angiocholite non calculieuse.

L'auteur n'intervient dans l'occlusion aiguë que s'il y a des phénomènes d'angiocholite grave. Une seule malade opérée dans ces conditions (cholécystectomie, cholédotomie avec drainage de l'hépatique). Cinq semaines après l'intervention, les lavages de la fistule ramenaient encore des calculs, et bien que le drainage ait été très prolongé, la malade eut une nouvelle poussée d'angiocholite six mois après la première intervention.

Lorsqu'il y a des crises d'occlusion aiguë fréquentes, il faut opérer autant que possible dans l'intervalle des crises.

Dans l'occlusion chronique enfin, il faut faire des interventions précoces. Lorsqu'on attend trop longtemps, on voit apparaître la cholémie avec toutes ses conséquences. Malgré l'emploi de chlorure de calcium avant l'opération, l'auteur a eu 4 décès par hémorragie.

La technique a été sensiblement modifiée dans ces dix dernières années. Au début, Poppert faisait la suture du cholédoque et la cholécystostomie. Il fait toujours actuellement le drainage du cholédoque et il a substitué l'ectomie à la stomie, dans tous les cas où l'état général du malade le permet et où il ne s'agit pas d'une obstruction définitive, auquel cas on conserve la vésicule pour faire une anastomose.

RÉSULTATS. — Sur les 100 cholédotomies qui font l'objet de la thèse de Brüning, nous relevons 9 cas avec issue fatale. La mort a été trois fois le résultat d'hémorragies post-opératoires. Voici les conditions dans lesquelles elle s'est produite.

Obs. 15. — Calculs du cholédoque et de l'ampoule. Vésicule rétractée. Fistule cholécysto-gastrique. — 24 mai 1898. Cholédotomie, drainage ; cholécystostomie idéale. Mort le 31 mai. A l'autopsie on trouve l'abdomen plein de sang.

Obs. 61. — Calculs du cholédoque. Ictère chronique ; cholémie.

Avant l'opération, chlorure de calcium trois fois par jour. — 24 octobre 1902. Cholécotomie avec drainage. Injection intra veineuse de 100 centimètres cubes de solution de chlorure de calcium 2-1 pour 100. Mort en quarante-huit heures d'épistaxis rebelle.

Obs. 76. — Calculs du cholédoque; ictère. Drainage de la vésicule et du cholédoque. Hémorragie abondante de tous les petits vaisseaux cutanés au cours de l'opération (21 avril 1904). — Deux jours après, hématémèses qui se reproduisent trois jours plus tard. Injections de sérum gélatiné. Le 6 mai, hémorragie par le drain cholédocien; même traitement. Sept jours après, nouvelle hémorragie par la plaie; Mort. A l'autopsie, on trouve un calcul de l'ampoule, qui avait passé inaperçu à l'opération.

Dans trois autres cas, mort de complications broncho-pulmonaires. Deux pneumonies avec décès au troisième et au vingt et unième jour; une bronchite avec mort au bout de trois semaines.

Deux malades, tous deux ictériques, sont morts le troisième et le huitième jour avec des signes de collapsus cardiaque. A l'autopsie on trouva chez l'un une myocardite et chez l'autre un anévrisme de l'aorte.

Le dernier cas de mort date déjà de longtemps (1895). Il s'agit d'un malade auquel on avait fait une cholécotomie avec suture. Malgré l'établissement d'une cholécystostomie, la bile suinta par la suture, d'où péritonite.

Parmi les complications post-opératoires, nous voyons signalé seulement dans un cas un abcès de la paroi et, dans un autre, l'apparition d'un ictère léger. Il s'agissait d'un malade à qui l'on avait fait une cholécotomie avec suture. Il y eut probablement un gonflement inflammatoire de la muqueuse avec rétention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — 17 malades sont opérés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse savoir quelque chose des résultats définitifs de l'opération. 9 n'ont pu être retrouvés.

Des 63 malades qui restent (2 ont été opérés deux fois, d'où 65 cholécotomies).

2 sont morts des suites de leur cancer, 1 cancer du cholédoque, 1 cancer du pancréas.

Et 5 d'affections intercurrentes; 1 de cirrhose hépatique au

bout de deux ans, 1 de pleurésie au bout de trois ans, 1 de myocardite au bout de un an et demi, 2 d'affections indéterminées au bout d'un an pour l'un et de plusieurs années pour l'autre.

Dans 3 cas où il y avait de l'*angiocholite suppurée*, malgré le drainage prolongé, on obtint un mauvais résultat. Deux malades sont morts au bout d'un an des suites de cette angiocholite. Chez un autre, dont nous avons déjà parlé, il faudra recourir à une nouvelle cholédocotomie.

Récidive. — Poppert n'a pas observé de récidive vraie. Mais dans 5 cas des calculs passèrent inaperçus au moment de la première opération et donnèrent des accidents. Trois fois il y eut des crises hépatiques avec rejet de calculs par la fistule ou par l'anus. Deux fois, on fit une nouvelle opération : Voici ces deux observations :

Obs. 54. — Calculs et empyème de la vésicule. Calculs du cholédoque avec ictère. Cholécystectomie et drainage du cholédoque. — La malade revient au bout de deux ans. Elle a continué à avoir des crises hépatiques, une fois même avec ictère. A l'opération, on trouve une vésicule deux fois plus grosse qu'une vésicule normale (malgré la première cholécystectomie). Calculs du cholédoque. Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Guérison.

Obs. 68. — Calculs de la vésicule et du cholédoque, traités par la cholécystostomie et la cholédocotomie avec drainage. Il est très difficile d'enlever tous les calculs. Nouvelles crises avec ictère nécessitant un an après, une nouvelle cholédocotomie. On enlève encore deux calculs.

Dans 11 cas, le malade eut encore quelques crises légères avec ou sans ictère.

Deux opérés à qui l'on avait fait une cholédocotomie avec ou sans suture et une cholécystostomie ont eu une fistule muqueuse. Chez l'un, il existe en même temps une petite éventration. Aussi lui a-t-on proposé une cholécystectomie. Il n'y a qu'un cas de fistule du cholédoque ; elle ne laisse échapper d'ailleurs qu'une très petite quantité de bile.

Il n'y a de l'éventration que chez 4 malades. Au total, 58 malades sont complètement guéris.

Statistique de Garré (Rostock et Königsberg, 1895-1905; Stieda; *Beiträge zur klin. Chir.*, 1905).

1° *Interventions sur les voies accessoires* : 66 — 5 morts.

Opérations conservatrices 45

Cholécystendyse 20

Résection partielle 2

Cholécystostomies 16 2 morts.

Cysticotomie avec cholécystostomie 3

Cysticotomie avec cholécystendyse 1

Incision d'abcès 2

Cystolyse 1

Opérations radicales. Cholécystectomies. . . 21 — 3 morts.

A. OPÉRATIONS CONSERVATRICES AVEC FERMETURE DE LA VÉSICULE.

a) *Cholécystendyse*. On eut recours deux fois seulement au début, à la fixation extra-péritonéale de la suture vésiculaire. Dans tous les autres cas, suture à deux plans et protection de la suture soit avec l'épiploon, soit avec le bord du foie.

Jamais de fistule, même dans deux cas, où la dureté de la paroi vésiculaire avait rendu la suture très difficile.

Il n'y a pas eu un seul cas de mort, mais quelques complications telles que bronchite ou suppuration de la paroi. Dans un cas, il se forma un abcès intra- et extra-péritonéal, sans communication avec la cavité vésiculaire. Une autre fois, il y eut élimination d'un fil de soie et on fut obligé d'intervenir une deuxième fois. Dans un troisième cas, empyème pleural qu'on opéra.

b) *Résection partielle de la vésicule*. — Dans les deux cas où Garré eut recours à cette opération, il s'agissait de lithiasé de la vésicule ou du cystique; il y avait de la péricholécystite et en libérant les adhérences, la paroi vésiculaire se trouva si amincie qu'on en réséqua une portion. Il y avait, d'ailleurs, des ulcérations sur la muqueuse. On fit ensuite la suture comme s'il s'était agi d'une simple cholécystotomie. Guérison dans les deux cas.

c) *Cysticotomie*. — Dans un cas déjà ancien (1888), Garré fit

une cysticotomie avec suture. Il s'agissait d'un calcul enchatonné dans le cystique avec hydropisie de la vésicule. Mais il reconnaît lui-même qu'actuellement il vaudrait mieux faire une cholécystectomie.

Quels sont les *résultats éloignés* de ces 23 opérations conservatrices? 2 malades n'ont pas donné de leurs nouvelles. Restent donc 21.

De ces 21, 13 n'ont certainement aucune récurrence; de ceux-ci un tiers n'ont absolument rien. les autres éprouvent un peu de tiraillements du côté de leur cicatrice ou se plaignent de troubles gastriques.

Chez 8, on peut discuter la question d'une récurrence. Dans les 2 cas où l'on a fait la cholécystopexie, les malades ont conservé des douleurs, mais celles-ci paraissent dues à des adhérences à la paroi abdominale. Une de ces malades a, en outre, des stigmates hystériques. Une troisième malade, très nerveuse, se plaint encore de pesanteur à l'endroit opéré. Mais elle a un rein flottant. Son état général est du reste très bon.

Les deux patientes chez lesquelles on a fait une ectomie partielle ont des douleurs qui paraissent aussi se rattacher à la cicatrice. Chez les trois derniers on peut admettre une récurrence. Une malade, en effet, après avoir été guérie, a présenté une nouvelle crise; un autre, dont la vésicule était rétractée au moment de la première intervention, a également des douleurs qui l'empêchent de travailler. Le dernier cas concerne cette malade dont nous avons parlé et qui eut un abcès intra- et extra- péritonéal. Les adhérences ont été la cause d'une nouvelle poussée infectieuse.

B. OPÉRATIONS CONSERVATRICES AVEC FERMETURE DE LA VÉSICULE.

a) *Cholécystostomies*. — 16 malades ont été traités par la cholécystostomie avec drainage de la vésicule. Il s'agissait 4 fois d'hydropisie et 5 fois d'empyème; dans un de ces cas, l'opération fut faite à chaud à cause de la gravité de l'état général. Chez tous les autres malades il s'agissait de cholécystite récidivante.

Dans 13 de ces cas, il y avait, en outre, des adhérences péri-cholécystiques.

Lessuites immédiates ont été bonnes; 2 malades sont cependant morts après un certain temps, l'un au bout de cinq semaines et

demie et l'autre après quatre mois et demi. Chez l'un et l'autre il y avait de l'angiocholite; dans un cas, même il semble bien qu'il s'agissait d'un calcul du cholédoque. La cholécystostomie n'a pas suffi. Peut-être l'ectomie et le drainage de l'hépatique auraient eu un meilleur résultat.

A signaler aussi quelques complications pleuro-pulmonaires : 2 pneumonies, 1 bronchite bilatérale, d'ailleurs terminées par la guérison.

b) *Cysticotomie avec cholécystostomie*. — Dans 3 cas où il ne fut pas possible d'enlever les calculs par la taille vésiculaire, Garré fit en même temps une cysticotomie. Mais il reconnaît que dans ces cas, il ferait actuellement une cholécystectomie.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Sur ces 19 malades, nous avons déjà dit que 2 sont morts ultérieurement d'angiocholite, probablement à la suite de calculs du cholédoque. Un autre succomba à la suite de cancer.

Des 16 malades restants, il y en a 2 dont on n'a pas reçu de nouvelles. 5 sont complètement guéris; 9 ont eu des douleurs plus ou moins violentes après l'opération.

Parmi ces derniers, il en est d'abord 3 qui eurent après leur intervention, soit des crises hépatiques avec expulsion de calculs, soit une fistule muqueuse. Malgré cela, au bout d'un temps assez court, la guérison finit par se produire. Les 6 autres ont présenté les particularités suivantes : 4 fois il s'agissait de douleurs paraissant liées à l'existence d'adhérences. Dans un cas, il y eut une fistule qui persista un an et, dans le dernier, on observa une coudure du cystique qui nécessita une nouvelle intervention.

C. OPÉRATIONS RADICALES : CHOLÉCYSTECTOMIES.

La cholécystectomie a été faite lorsque les parois vésiculaires présentaient des altérations profondes, toutes les fois que les forces du malade le permettaient. Drainage ou non suivant les cas. Au total, elle a été pratiquée 21 fois, soit dans :

Empyème de la vésicule	10 cas.
Hydropisie de la vésicule	3 —
Cholécystite chronique.	6 —
Persistance d'une fistule	2 —
Cholécystite ulcéreuse	1 —

Il s'agissait de lithiase vésiculaire dans 9 cas et de calculs du cystique dans 8. Une fois il y avait des calculs dans le cholédoque, l'hépatique et la vésicule. On notait l'existence d'adhérences dans 19 cas. Dans 1 cas on a pu, par le moignon, retirer des calculs du cholédoque et jamais on n'a fait le drainage de l'hépatique.

Six de ces ectomies ont été suivies d'un drainage à la gaze pendant cinq à sept jours. Le drainage était motivé soit par la péritonite qui accompagnait l'empyème, soit par l'insuffisance de la suture.

La mortalité opératoire a été de 3 pour 21; tous les cas de mort, d'ailleurs, se rapportent à des ectomies pour empyème.

Comme complications, dans deux cas où l'on avait fermé la paroi sans drainage on observa la formation d'abcès qui s'évacuèrent spontanément. Une autre fois, il y eut un hématome que l'on fut obligé de vider. Les complications respiratoires sont un peu plus fréquentes qu'après les cholécystostomies : 2 fois bronchite simple, 1 fois bronchite avec pleurésie, 1 fois pneumonie. Guérison.

Au point de vue des résultats éloignés, il y a trois malades qui ne sont opérés que depuis trop peu de temps pour pouvoir en parler.

Dans les 15 restants, il y en a 11 chez lesquels on peut exclure toute idée de récurrence. Parmi les 4 autres, il y en a 2 dont les douleurs sont difficiles à interpréter; le troisième a eu une crise de coliques avec ictère sept mois après l'opération. Quant au quatrième, chez lequel on avait enlevé non seulement la vésicule, mais le cystique, on a noté huit accès avec ictère. Il s'agit, du reste, d'une femme chez laquelle on avait constaté au cours de l'opération un cholédoque enflammé et induré; il est certain qu'actuellement il remplit mal ses fonctions.

D. *La simple incision de deux abcès péricholécystiques* a donné de bons résultats; la fistule s'est prolongée quatre et dix semaines. *La libération d'adhérences*, qu'on avait faite dans un cas d'une façon isolée a été suivie de récurrence.

Voici, pour terminer, les réflexions de Stieda sur cette première série d'interventions qui portent toutes sur les voies accessoires. La comparaison de ces différents groupes d'inter-

ventions montre les bons résultats de la taille idéale et de la cholécystectomie en face de ceux de la cholécystostomie. La cholécystendyse surtout donne des résultats éloignés parfaits; les suites sont fort simples; il n'y a pas d'adhérences à la paroi abdominale antérieure (ce que ne donne pas la stomie même drainée à la Poppert); pas d'éventration. Quant à l'infection de la bile, elle disparaît aussi rapidement que par le drainage si on enlève les corps étrangers. La cholécystectomie a aussi de nombreux avantages sur la cholécystostomie. Cette dernière opération doit être abandonnée. La cholécystendyse et la cholécystectomie répondent à des indications différentes : ce sont les deux opérations de l'avenir.

2° Intervention sur les voies principales	38
Hépatico- ou cholédocotomie	33
avec cholécystendyse.	4
cholécystectomie partielle.	1
cholécystostomie	8
cysticotomie	2
cysticotomie et stomie	1
cholécystectomie.	4
cholécystectomie et inc. d'abcès.	1
simples	12
Cholédocotomie avec drainage de l'hépatique.	4
dont 2 combinées avec cholécystectomie	
Hépatico-duodénostomie	1

Dans un cas, avant d'arriver à la cholédocotomie, on avait fait quatre tentatives de fermeture d'une fistule persistante. Chez une autre malade, avant de faire une cholédocotomie avec cholécystectomie, on avait d'abord incisé un abcès, puis établi une fistule biliaire.

Au point de vue technique, Garré a presque toujours fait la cholédocotomie sus-duodénale. Dans un seul cas, il aborda le canal par la voie transpancréatique. De même, il n'eut recours qu'une fois au décollement duodénal, mais jamais à la duodénotomie exploratrice.

Au début, il faisait toujours la suture du cholédoque, puis après avoir drainé la zone du canal suturé il faisait une cholécystostomie pour favoriser la réunion du cholédoque. Mais

récemment il a fait le drainage de l'hépatique dans quelques faits; il reste toutefois partisan de la suture dans un grand nombre de cas, quitte à mettre une mèche s'il n'est pas sûr de l'étanchéité de la suture.

Il faut examiner séparément les résultats de ces deux séries. Malheureusement, le second ne comprend que quatre observations.

Dans les 33 cas suturés, il n'y a eu que 3 morts (soit une mortalité de 9 pour 100 environ). La mort survint au dix-huitième jour chez une femme de trente-neuf ans, à laquelle on n'avait fait qu'une cholédocotomie; elle fut le résultat d'une angiocholite suppurée. Dans le second cas, il s'agissait d'une malade de soixante-trois ans chez qui l'on avait pratiqué une cholédocotomie avec cholécystectomie. Mort le lendemain de collapsus. Dans le troisième, mort par hémorragie (ulcération de l'art. cystique après une simple cholédocotomie.

Deux fois la bile suinta à travers la suture; mais les tampons suffirent à la protection de la cavité péritonéale. Chez une malade, au septième jour, il y eut une hémorragie dont on ne put découvrir l'origine. Il se forma un vaste hématome descendant jusqu'à la région inguinale. Guérison après ponction et incision. Enfin, chez 7 malades il y eut des complications broncho-pulmonaires (5 bronchites, 1 bronchopneumonie, 1 pleurésie avec pneumonie). Guérison dans tous les cas.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Quatre malades n'ont pas donné de leurs nouvelles; une enfin est opérée seulement depuis quelques semaines.

Sur les 25 malades qui restent, 16 sont guéris complètement; 9 ont eu des accidents consécutifs et, chez ceux-ci, nous relevons les particularités suivantes : trois malades ont été laparotomisés une seconde fois : cette nouvelle intervention était imposée deux fois pour accidents liés à l'existence de calculs du cholédoque et une fois pour des phénomènes de cholécystite. Dans les deux premiers de ces cas, on avait fait une cholédocotomie idéale et une cholécystostomie; dans la seconde opération, on pratiqua l'ectomie et le drainage de la vésicule. Le troisième cas se rapporte à une femme de cinquante et un ans à laquelle on n'avait fait qu'une résection partielle de la

vésicule. Körte fut amené à lui faire, six ans plus tard, une cholécystostomie; il n'y avait, d'ailleurs, aucun calcul ni dans la vésicule, ni dans le cholédoque.

Dans trois autres cas (cholédocotomie simple, hépaticotomie avec cholécystectomie, cholédocotomie transpancréatique), on peut également se poser la question d'une récurrence.

Chez trois autres malades, il y a des troubles légers moins nets.

Dans tous les cas, d'ailleurs, où il y eut véritablement une récurrence, il s'agissait de calculs multiples ou bien de pierres fragmentées en plusieurs morceaux. Ce sont évidemment des cas où il vaut mieux faire le drainage. De même, les grosses concrétions qu'on trouve dans le cholédoque indiquent des altérations qui s'étendent loin dans les voies biliaires, voire même de la lithiase intra-hépatique. Il faut donc encore dans ce cas faire le drainage de l'hépatique. Il est bien entendu enfin que, s'il y a de l'angiocholite, le drainage est indispensable.

Dans ces dernières années, Garré a fait 4 fois le drainage de l'hépatique en le combinant deux fois avec la cholécystectomie; il y eut un cas de mort par hémorragie en nappe de la plaie; une seule fois des calculs s'échappèrent secondairement par le drain.

Chez une malade enfin qui avait des calculs du cholédoque et où il y avait en outre un obstacle paraissait siéger au niveau de la papille, on fit une hépatico-duodénostomie. Mort par péritonite au bout de trois semaines.

Disons en terminant que pour toutes ces interventions, tant sur les voies principales que sur les voies accessoires, on ne relève que 6 fois des signes d'éventration. Celle-ci s'est produite d'ailleurs :

2 fois à la suite de l'incision simple d'abcès;

1 fois après une cholécystectomie idéale (suppuration de la paroi);

3 fois après une cholécystostomie.

Garré fait le plus souvent l'incision de Riedel.

Il n'y avait que rarement des lésions d'autres organes nécessitant une autre intervention. Pour l'estomac, 2 fois on s'est

contenté de libérer des adhérences et 1 fois on a fait une gastro-entéro-anastomose. Du côté de l'appareil rénal, il y avait 7 fois un rein flottant, mais on ne fit que 1 fois la néphropexie et, dans un autre cas, on extirpa un kyste sur un rein en ectopie.

3° *Cancer des voies biliaires.* — Dans le cancer des voies biliaires, la mortalité plus élevée atteint 47 pour 100. Sur 16 cas, Garré a eu 7 morts :

- 1 par cachexie après une laparotomie exploratrice.
- 1 par bronchopneumonie (incision d'abcès).
- 1 par collapsus cardiaque (cholécystostomie).
- 2 par hémorragie (1 laparotomie exploratrice et 1 drainage de l'hépatique).
- 2 par péritonite (cholécystentérostomie).

Clinique de A. Mc. Williams. — Critical Analysis of 186 operations upon the liver and Gall passages, and the after results (*New-York Medical Journal*, n^{os} des 2, 9 et 16 juin 1906).

La statistique de Williams, qui comprend les cas de chirurgie hépatique et biliaire qui se sont présentés à Presbyterian Hospital, à New-York, de 1890 au 1^{er} janvier 1905, peut être divisée de la façon suivante :

Opérations pour calculs biliaires	111
— cholécystite sans calculs	14
— rupture traumatique de la vésicule	1
— tumeurs malignes de la vésicule	2
	128

Les autres faits se rattachent à la chirurgie hépatique.

Nous ne nous occuperons que des opérations de la première et de la dernière catégorie.

1° *Opérations pour calculs biliaires.* — 111 opérations ont donné 13 morts, soit une mortalité de 12 pour 100. Il s'agissait :

- 99 fois d'opérations primitives (11 morts).
- 12 fois d'opérations secondaires (2 morts).

Dans les premières, la mortalité fut de 11 pour 100 et dans les secondes de 16,5 pour 100.

Toutes les interventions n'ont évidemment pas eu des suites aussi dangereuses et si on réunit ensemble les différentes opérations pratiquées, on arrive au groupement suivant :

1° *Opérations conservatrices* (cholécystostomies, cholécystotomies idéales, cysticotomies).

55 cas, 4 morts = 7,2 pour 100.

2° *Cholécystectomies seules, sans autre intervention.*

26 cas, 2 morts = 7,6 pour 100.

3° *Cholédotomies seules.*

Sans drainage : 6 cas, 2 morts = 33,3 pour 100.

Avec drainage : 8 cas, 3 morts = 37,5 —

4° *Cholédotomies combinées à d'autres opérations sur les voies biliaires.*

Sans drainage : 4 cas, 1 mort = 25 pour 100.

Avec drainage : 5 cas, 1 mort = 20 —

Cinq fois on put extraire des calculs du cholédoque par la vésicule ou le cystique. Une fois, on fit une cholédotomie pour s'assurer qu'il n'y avait pas de calculs, la lithiase vésiculaire ne paraissant pas à elle seule justifier tous les symptômes.

Ictère. — Son existence ou son absence sont notés dans 97 observations. Dans 70 cas de lithiase vésiculaire ou cystique, il y en avait 33 et 37 avec et sans ictère. Sur 27 observations de calculs du cholédoque, il n'y en a que 2 où ce symptôme faisait défaut, soit 8 pour 100. Trois de ces ictériques sont morts d'hémorragies peu après l'opération.

Siège des calculs. — La mortalité dépend en grande partie du point des voies biliaires où se trouvent les calculs. Dans la lithiase des voies accessoires seules, elle n'est que de 6,5 pour 100, tandis que dans celle des voies principales elle s'élève à 29,6 pour 100.

Influence du drainage sur la mortalité. — Il est facile de se rendre compte des bons résultats du drainage. En recueillant les cas de calculs du cholédoque drainés et non drainés, on arrive aux chiffres suivants qui ont une certaine éloquence.

Calculs du cholédoque :

Drainés . . 16 cas, 3 morts = 18,75 pour 100.

Non drainés. 11 cas, 5 morts = 45 —

Complications post-opératoires. — Six malades ont eu des complications d'ordres divers ; mais tous ont guéri. On a noté :

1 cas de pneumonie après cholécystostomie pour empyème.
1 cas de pleurésie avec épanchement après cholédocotomie et cholécystectomie et 1 autre chez un malade simplement cholécystostomisé.

1 cas de pneumonie et pleurésie après une cholécystostomie.
1 cas de phlébite du membre inférieur gauche, onze jours après une cholécystostomie chez un malade auquel on fit, en outre, une appendicectomie.

Enfin, un autre malade eut de la température qui ne tomba qu'au bout de trois semaines lorsqu'on eut fait un drainage de l'espace de Morrisson.

Causes de la mort. — Dans les onze opérations primitives et les deux opérations itératives, qui se sont terminées par la mort, il s'agissait :

- 2 fois de cholécystostomie pour lithiasé vésiculaire.
 - 1 — — — — — pour cholécystite gangréneuse calculeuse.
 - 1 — — — — — idéale pour lithiasé du cholédoque.
 - 3 — de cholécystectomie pour calculs de la vésicule.
 - 5 — de cholédocotomie.
 - 1 — de cysticotomie et d'hépatico-cholédotomie.
- A l'autopsie, on reconnut qu'il s'agissait :
- 1 fois de perforation du duodénum avec péritonite (ectomie).
 - 1 — de néphrite et cholémie (cholédocotomie).
 - 1 — de pyléphlébite. (cholédocotomie).
 - 3 — de péritonite (1 ectomie et 2 stomies).
 - 3 — d'hémorragies post-opératoires (ictère-cholémie, 2 stomies et 1 cholédocotomie).
 - 1 — de shock opératoire (cholédocotomie et ectomie).
 - 1 — d'urémie (ectomie).
 - 1 — de pneumonie (cholédocotomie).

Dans un cas, la cause de la mort n'est pas connue (cholédocotomie).

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Si nous considérons les 99 malades chez lesquels on est intervenu une seule fois, nous voyons

qu'ils peuvent se grouper de la façon suivante : 11 sont morts de l'opération ; 17 n'ont pas été retrouvés.

Au total : 69 survivants, dont :

45 guéris = 65 pour 100 ;

7 améliorés = 10 pour 100 ;

16 non améliorés = 23 pour 100.

1° Parmi ceux-ci, on eut recours chez douze à une seconde intervention. Cette opération secondaire fut nécessitée par la persistance d'une fistule dans neuf cas. Celle-ci avait à son origine : 2 fois des calculs du cystique ; 2 fois des calculs de la vésicule ; 1 fois un calcul du cholédoque ; 4 fois un rétrécissement inflammatoire des voies biliaires.

Dans les trois autres cas, l'opération était motivée :

1 fois par la persistance de l'angiocholite (empyème calculeux, cholécystostomie).

1 fois par la dilatation du moignon cystique après une cholécystectomie pour empyème.

1 fois par une récurrence probable survenue trois ans et huit mois après la première intervention.

Au cours de ces opérations secondaires, on a retrouvé sept fois des calculs, soit dans 10 pour 100 des cas. Mais il s'agit là, sauf pour un cas, de calculs oubliés ou passés inaperçus au moment de l'intervention. La cholécystectomie faite primitivement n'aurait pu empêcher le retour des accidents dans trois de ces cas.

Le temps qui s'est écoulé entre les deux interventions a été de :

3 mois chez 3 malades.	15 mois chez 1 malade.
7 — 3 —	17 — 1 —
12 — 2 —	19 — 1 —
3 ans 8 mois chez 1 malade.	

Les résultats de ces douze interventions secondaires sont les suivants : Il y a deux morts immédiates. Trois malades ont une éventration ; deux ont gardé leur fistule ; un autre a eu une fistule colique. Au point de vue des douleurs, 9/10 de ces malades sont définitivement guéris.

Pour les quatre autres malades non améliorés, il s'agit pour trois d'entre eux de sujets atteints d'entéroptose généralisée auxquels une intervention ne peut rien faire. Quant au dernier, il aurait été préférable de lui faire une ectomie.

2° Chez les malades qui sont seulement améliorés, la persistance des troubles est due soit à des adhérences, soit à des troubles dans l'évacuation de la vésicule. Chez deux anciens opérés, on note une distension périodique de la vésicule. Deux autres ont eu de petites coliques. Chez deux autres, ce sont des troubles gastriques. Dans un cas, il semble bien s'agir enfin d'un calcul passé inaperçu à la première intervention.

Chez un seul de ces malades on avait fait une cholécystectomie.

Statistique de von Bardeleben 1906, (*Erfahrungen über Cholecystectomy und Cholecystenterostomie*, Iéna, 1906).

Sur 500 lithiasiques qui ont été vus depuis 1893, 286 ont été opérés — 15 morts.

Cholécystectomies, 166 cas, 5 morts (dans trois cas il s'agissait d'empyème de la vésicule et dans les deux autres on avait fait en même temps une gastro-entérostomie),

Cholécystendyse, 15 cas, 0 morts.

Cholécystostomie, 70 cas, 3 morts.

Cholédocotomie, 5 cas, 3 morts.

Abcès du foie avec calculs, 3 cas, 1 mort.

Adhérences après calculs, 2 cas, 0 mort (dans un cas on fit en même temps une gastro-entérostomie).

Cholécystentérostomie, 25 cas :

Pour fistule biliaire. 5 cas 0 mort.

Pour cancer. 5 cas 3 morts.

Pour obstruct. non néopl. . . 15 cas 0 mort.

Statistique de Kocher, 1906. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1906, t. 81.

Les interventions pratiquées par Kocher, de 1888 à 1906, sont au nombre de 100. Elles sont ainsi groupées par l'auteur :

Cholécystectomie 30

Cholécystendyse. 31

Cholécystostomie 19

Laparotomie et libération d'adhérences . . 7

Cholédocotomie	4
— transduodénale	2
Cholédocolithotripsie	2
Cholécystendyse et cholédocotomie	2
— et cysticotomie	1
Cholécystectomie et cholédocotomie	1
Cholécystostomie —	1

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — La cholécystostomie est indiquée dans deux conditions différentes et Kocher la fait quand il y a des altérations inflammatoires intenses ou des adhérences qui rendent la cholécystectomie difficile, ou bien lorsque les lésions sont encore peu accusées, et qu'on peut espérer que la vésicule conservée aura encore un fonctionnement normal.

La cholécystendyse n'est pratiquée que lorsqu'on s'est assuré par la palpation ou par le cathétérisme que tous les calculs sont bien enlevés et que le cystique, le cholédoque et l'hépatique sont complètement libres.

L'épaississement des parois de la vésicule, leur nécrose, leur perforation ou leur sclérose, l'oblitération du cystique, l'incrustation calcaire de la muqueuse, nécessitent la cholécystectomie. Mais Kocher ne la fait qu'après avoir incisé et vidé la vésicule, pour mieux se rendre compte de l'état de ses lésions et pour voir si, par une cysticotomie, on ne pourra rétablir la perméabilité du cystique et éviter de faire une ablation totale.

Dans trois cas, il y avait des altérations locales très marquées et on se contenta de faire la résection du fond de la vésicule. Dans cinq autres cas où par suite des adhérences, on ne put faire l'ectomie, on eut recours quatre fois à la taille vésiculaire et une fois à la cholécystendyse. Sur les quatre premières de ces malades, deux ont été guéries définitivement; une est morte un an après, de cancer de la vésicule, et l'autre après cinq mois de cancer du pancréas. Quant à la dernière, qui avait eu une taille idéale, elle mourut six ans après de péritonite aiguë, dont le point de départ ne put être précisé par les renseignements obtenus.

Sur ses 30 cas de cholécystectomie, Kocher pratiqua dix-neuf fois la suture complète du ventre et onze fois un tamponnement intra-péritonial. Il ne fit jamais le drainage de l'hépatique.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Trois malades seulement ont succombé à la suite de l'opération.

Dans un premier cas il s'agissait d'une cholécystectomie pour cholécystite suraiguë avec nécrose de la paroi. Mort le quatrième jour à la suite d'embolie pulmonaire.

Dans le deuxième cas, Kocher avait enlevé une vésicule calculeuse enflammée, et bien qu'elle ait des traces d'inflammation récente sur ses parois, il avait fermé complètement l'abdomen. Deux jours après, péritonite : une laparotomie immédiate fait constater que la suture du cystique a lâché. Mort malgré le drainage secondaire.

Le troisième insuccès se rapporte à une malade ictérique, qui avait un empyème de la vésicule, qu'on s'était d'abord contenté d'inciser. Un mois et demi après, la fièvre et l'ictère persistant, on fait une cholédocotomie avec suture (1906). Après l'opération, élévation de la température et mort par la rupture d'un abcès hépatique dans la cavité péritonéale. Angiocholite suppurée.

Complications. — On a relevé quatre fois des complications broncho-pulmonaires. Après trois cholécystectomies, on a vu se produire une pleurésie, une pleuro-pneumonie, ou un infarctus. Une cholécystendyse a été suivie de broncho-pneumonie. La guérison a été observée dans tous ces cas.

Chez une malade à qui on avait incisé un empyème, il y eut un peu de rétention; les accidents disparurent après la dilatation de la fistule. Dans un autre cas de cholécystite calculeuse par la taille idéale, il y eut des signes d'occlusion intestinale pendant quarante-huit heures mais qui disparurent spontanément.

Quatre malades chez qui on n'avait pas fait de drainage eurent un abcès de la paroi.

Dans trois cholédocotomies et deux ectomies, malgré les sutures, il y eut écoulement de bile par la plaie.

Chez deux malade, enfin, cholécystotomisées pour empyème, on notait la persistance d'une fistule cinq à sept mois après l'intervention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Sur les 100 malades opérés par Kocher 7 sont morts ultérieurement à une date plus ou moins éloignée de l'intervention. Une malade succomba à la suite d'un cancer utérin, une autre de péritonite aiguë d'origine indéterminée,

une troisième de cancer du pancréas, une quatrième d'urémie. Deux fois, après une stomie ou une taille idéale, on vit se développer un cancer de la vésicule qui fut la cause de la mort. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une malade chez laquelle on avait fait une cholécystectomie. A l'opération, on avait trouvé le cholédoque dilaté, mais on n'avait pas senti de calculs. Or, deux ans après, la malade eut de nouvelles crises hépatiques. Elle mourut avec des signes de péritonite et d'occlusion intestinale; l'autopsie révéla l'existence d'un gros abcès périoduodénal dû à la nécrose de la paroi intestinale consécutive à la présence d'un calcul dans l'ampoule de Vater.

Sur quinze autres, on n'a pu obtenir aucun renseignement.

Des 85 restants, 11 ont continué à avoir des douleurs, 74 sont restés complètement guéris. Voyons rapidement à quoi est dû la persistance des douleurs. Dans un premier cas, il s'agissait d'une malade qui avait une cholécystite avec péricholécystite. On avait fait une ectomie avec drainage; quatre mois après, elle eut une crise de coliques hépatiques avec ictère; depuis, la guérison s'est maintenue complète.

Chez une deuxième malade à qui on avait fait une taille pour cholécystite chronique récidivante, il y eut deux accès pendant la convalescence et, pendant deux ans elle continua à avoir quelques coliques. Guérison depuis 1904.

Dans un troisième cas, par une taille idéale on avait enlevé 65 calculs. Quatre ans après, le malade eut des coliques ayant les mêmes caractères que celles qui existaient avant l'opération; douleurs, frissons, vomissements. A l'examen, on constate un certain degré de dilatation stomacale et un rein flottant. S'agit-il d'angiocholite ou de récurrence calculeuse? Il en était à peu près de même dans un autre cas où, par la même intervention, on avait enlevé 106 calculs.

Dans le cinquième cas, Kocher avait fait une cholécystendyse pour cholécystite calculeuse récidivante. La malade fut d'abord guérie complètement pendant quatre ans; puis elle eut à nouveau quatre à cinq crises par an. Ces accès sont toutefois moins douloureux qu'avant l'opération. Pas d'ictère au moment des crises.

Une autre malade continua aussi à avoir quelques douleurs, mais elles étaient plus supportables.

Dans un autre cas, opéré dans des conditions analogues, il y eut pendant la convalescence une crise hépatique avec calculs dans les selles. Puis après la sortie de l'hôpital, et pendant six ans, nouvelles crises mais sans émission de nouveaux calculs.

La septième malade souffre tous les deux ou trois mois de coliques violentes avec frissons, fièvre, vomissements. Kocher lui avait fait une taille idéale, mais il reconnaît qu'il aurait mieux valu lui faire une cholécystectomie.

De même chez la huitième malade, à laquelle on avait pratiqué aussi une cholécystendyse un an après, on assista à une crise qui persista cinq semaines, et qui fut suivie de nombreuses autres semblables.

La seule malade cholécystostomisée qui ait eu une récurrence de douleurs aurait été aussi justiciable d'une ectomie. Il s'agissait, en effet, d'une cholécystite chronique récidivante datant de vingt ans. Il y avait de nombreuses adhérences et, en outre, il s'était créé une fistule cholécysto-colique. La malade continua à avoir des douleurs si violentes qu'elle était fréquemment obligée d'avoir recours à la morphine pour être soulagée.

Kocher donne comme onzième cas, cette observation de calcul de l'ampoule dont nous avons parlé plus haut. On ne peut le considérer comme un mauvais résultat d'ectomie, et les accidents s'expliquent parfaitement par l'existence d'un calcul enclavé dans la dernière portion du cholédoque.

Dans un cas enfin de lithiase du cholédoque où l'on avait extrait le calcul par la vésicule, la mobilisation du duodénum faite comme contrôle n'avait permis de sentir aucun autre calcul; l'ictère diminua d'abord rapidement, mais il reparut bientôt. Le malade eut, en outre, deux autres légères crises avec ictère et frissons.

Comme il est facile de s'en assurer par la simple lecture de ces faits, on voit que c'est la taille idéale qui donne le plus d'accidents consécutifs. Sur les 31 malades qui ont subi cette opération, il y en a 8, en effet, qui ont continué à avoir des douleurs pendant plus ou moins longtemps.

Dans 19 cholécystostomies, il n'y a eu qu'une fois persistance de douleurs; mais il s'agissait d'un cas qui aurait été, à notre avis, plutôt justiciable d'une ectomie.

Sur 30 cholécystectomies, on n'a relevé qu'une fois des phénomènes douloureux post-opératoires ; il s'agissait, d'ailleurs, d'une malade qui avait déjà de la péricholécystite au moment de l'opération et chez laquelle les accidents paraissent liés à l'existence d'adhérences.

Enfin, dans un cas d'extraction de calculs du cholédoque par la vésicule, on note une récurrence.

Disons, en terminant, que l'auteur ne signale que deux cas d'événement, dans deux cas, d'ailleurs, où il y avait eu suppuration de la paroi.

Statistiques de la Clinique d'Heidelberg (Czerny).

Les travaux de la clinique d'Heidelberg sur le traitement chirurgical de la lithiase sont ceux de :

Klingel (*Beiträge z. klin. Chir.*, Bd. V.).

Mermann (*Beiträge*, tomes VIII et XIII).

Petersen (*Beiträge*, tome XXIII).

Mais il s'agit là d'études sur des faits antérieurs à 1898. Aussi nous nous sommes contentés d'étudier les observations publiées dans le travail de Merk (*Mitteil. aus. den Grenzgeb. d. Med. und Chir.*, tome IX, 1902) et celui de Schott qui, s'occupant surtout des résultats éloignés, met en parallèle les travaux de Petersen et de Merk (*Beiträge*, t. XXXIX et Thèse d'Heidelberg, 1903). Enfin, nous ajouterons ensuite les faits observés à la clinique d'Heidelberg depuis 1901 jusqu'à 1906, tels qu'on les trouve publiés dans le *Jahresbericht d. Heidelberg's Klinik*.

CLINIQUE D'HEIDELBERG (1898-1901) (Merk, *Mitteil. aus. den Grenzgeb. der Med. und Chir.*, t. IX, 1902 ; Schott, *Beiträge z. klin. Chir.*, t. XXXIX, et thèse Heidelberg, 1903).

Du 1^{er} avril 1898 au 1^{er} mars 1901, 128 malades ont été opérés à la clinique d'Heidelberg. On a fait, en tout, 136 interventions.

1^o *Cholécystostomies seules, cholécystectomies partielles avec cholécystostomies*. — 52 cas, 3 morts. La taille vésiculaire avec drainage a été faite pour :

Cholécystite aiguë, 3 fois.

Cholécystite chronique, 24 fois.

Hydropisie de la vésicule, 8 fois.

Empyème chronique, 10 fois, 1 mort.

Choléc. chronique avec péricholécystite suppurée, 7 fois, 2 morts.

a) *Cholécystite aiguë*. — 3 cas. Une fistule persistante qu'on ferme au bout de 5 semaines. Dans les 2 autres cas, guérison rapide.

Résultats éloignés. — 1 guérison complète; 2 fois persistance de quelques douleurs; dans un de ces cas, il y a une légère éventration.

b) *Cholécystite chronique*. — Sur les 24 cas opérés, 18 fois la guérison ne fut marquée par aucun incident. Dans deux cas il y eut expulsion secondaire de calculs; dans un de ceux-ci il y avait, d'ailleurs, des calculs du cholédoque qu'au moment de l'intervention on avait refoulés dans le duodénum.

1 malade eut une pneumonie post-opératoire, 3 gardèrent une fistule plus ou moins longtemps (2 guérisons spontanées au bout de trois mois; 1 persistante).

Au point de vue des résultats éloignés :

12 malades sont complètement guéris, 4 ont continué à avoir des douleurs; chez 3, il y a des douleurs avec ictère.

Dans 1 cas, trois accès de coliques dus probablement à un calcul du cystique qui échappa à l'intervention.

1 éventration, dont le malade ne souffre pas.

1 suppuration d'un fil avec petit abcès de la paroi.

1 fistule persistante.

1 fois douleurs paraissant liées à l'existence d'un rein mobile. Néphropexie.

c) *Hydropisie de la vésicule*. — 8 cas, 0 mort. Les suites de la cholécystostomie, dans ces 8 cas, ont été des plus simples. 6 malades ont été rapidement guéris, 1 autre sortit avec une fistule, mais qui se ferma bientôt. Chez le dernier, il y eut un abcès dans la profondeur.

Dans 7 cas, les résultats éloignés ont été très bons. Chez une seule malade, à la suite d'un avortement, on observa quelques douleurs et un peu d'éventration.

d) *Empyème chronique*. — 10 cas, 1 mort par péritonite le troisième jour.

Dans 8 cas, guérison sans incident.

Dans le neuvième cas, il s'agissait d'une femme ictérique, qui eut, au neuvième jour, une hémorragie abondante. Gros hématome qu'on ouvre et qu'on tamponne. Injection de gélatine; guérison, mais persistance d'une fistule biliaire due probablement à la présence d'un calcul dans le cholédoque.

Au point de vue des résultats éloignés, 4 malades sont restés définitivement guéris. Chez un il y eut, 2 ans après l'opération, ouverture spontanée d'un abcès à la paroi, avec expulsion d'un calcul. Une malade a des douleurs que le médecin traitant qualifie d'hystériques. Une autre a de la sensibilité de la paroi. Deux enfin ont une fistule biliaire; dans un de ces cas, la guérison fut obtenue après une cholédocotomie.

e) *Cholécystite chronique avec péricholécystite suppurée*. — 7 cas, 2 morts.

La mort fut le résultat une fois de péritonite généralisée à la suite d'une perforation duodénale, et, dans le second cas, de faiblesse et de cachexie. Il s'agissait d'un homme ictérique âgé de soixante-huit ans, qui avait un empyème de la vésicule avec perforation et gros abcès péricholécystique. Incision et drainage. Malgré cela, mort au onzième jour. A l'autopsie, il y avait, en outre, 1 calcul dans le cholédoque.

1 seul malade guérit sans incident.

2 sortent avec une fistule.

Chez un autre, fistule duodénale le onzième jour.

Chez le dernier, ouverture d'un autre abcès le vingt-cinquième jour avec expulsion de calculs par la plaie.

Résultats éloignés. — 2 malades sont restés complètement guéris.

2 ont une petite fistule muqueuse.

1 autre a une éventration non douloureuse.

2° *Cholécystostomies avec cysticotomies*. — 11 cas, 2 morts. Il s'agissait, dans tous les cas, de cholécystite chronique avec calcul enchatonné dans le cystique.

Un malade mourut de péritonite le septième jour; à l'autopsie, petite perforation sur le cystique.

Un autre, opéré en pleine poussée d'angiocholite aiguë avec température à 40 degrés et ictère, mourut d'hémorragies profuses le cinquième jour. Il avait eu, auparavant, plusieurs fois des crises hépatiques avec ictère. (A l'autopsie, l'hémorragie provient de l'artère cystique.)

Chez 5 malades, guérison sans incidents. Dans un cas, on avait fait, en même temps, une cholédocotomie sans suture.

Chez 3 autres, accidents de rétention avec abcès de la paroi nécessitant l'ablation des fils. Dans un de ces cas, phlébite. Un dernier sort avec une fistule.

Résultats éloignés. — 4 malades ont obtenu par l'opération une guérison définitive.

Un autre, complètement guéri, est mort de tuberculose pulmonaire au bout de trois ans.

Deux ont eu des crises hépatiques avec calculs dans les selles.

Un autre enfin des douleurs avec ictère.

3° *Cholécystectomie*. — 5 cas.

L'ablation de la vésicule a été faite dans 5 cas de cholécystite chronique, dont deux à type hydropique. Dans un cas, il s'agissait d'une femme qui avait été déjà cholécystostomisée et qui avait conservé des douleurs et une fistule. Dans un autre cas, le lobe flottant qui recouvrait la vésicule était atteint de tuberculose.

Guérison dans tous ces cas ; à signaler, cependant, des accidents de rétention, malgré le drainage, dans un cas, et un abcès de la paroi dans un autre.

Au point de vue des résultats éloignés, un malade seulement éprouve quelques douleurs au niveau de la cicatrice.

4° *Cholédocotomies et opérations analogues*. — 16 cas, 3 morts. On peut grouper ces interventions de la façon suivante :

Cholédocotomie avec suture, 2 cas.

Cholédocotomie avec suture et cholécystostomie, 7 cas.

Cholédocotomie avec drainage, 6 cas, 2 morts.

Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique, 1 cas, 1 mort.

a) *Cholédocotomie avec suture*.

Dans les 2 cas où l'on fit la suture, Czerny mit une mèche au contact de la suture. Dans 1 cas, on eut une fistule biliaire. Il

s'agissait, d'ailleurs, d'un malade qui avait de l'angiocholite. T. = 38°5. Guérison dans les 2 cas. Bons résultats éloignés.

b) *Cholédocotomie avec suture et cholécystostomie*, 7 cas. — Quatre malades ont obtenu une guérison rapide; chez un autre la convalescence fut troublée par des hémorragies profuses au niveau de la plaie et par des métrorragies, injection de gélatine. Guérison.

Chez les deux derniers, malgré la suture du cholédoque, il y eut une fistule sur ce canal.

Les suites éloignées ont été très bonnes dans 4 cas. Dans le 5^e, trois mois plus tard, le malade fut en proie à une nouvelle crise et expulsa un calcul.

La dixième malade garda une fistule vésiculaire; elle reprit ensuite de la fièvre, des douleurs, de l'ictère et mourut huit mois après la première opération.

Dans le dernier cas enfin, on nota la persistance de la fistule cholédocienne. Cinq semaines après, Czerny libéra le cholédoque, enleva un calcul du cystique et refit une cholécystostomie. Malgré cela la malade eut encore des douleurs et elle expulsa de nouveaux calculs. Il s'agissait probablement de lithiase intra-hépatique.

c) *Drainage du cholédoque*, 6 cas, 2 morts. — Des six malades chez qui on a fait le drainage des voies principales, deux sont morts d'hémorragies au cinquième et au dixième jour. Ils étaient atteints tous les deux d'une obstruction qui datait de longtemps; le foie était cirrhotique. Chez un, il y avait en outre une perforation du cholédoque avec un abcès péricholédocien.

Dans tous les autres cas, suites immédiates et éloignées très bonnes.

d) *Cholécystectomie et drainage de l'hépatique*, 1 cas, 1 mort. — Le seul cas d'opération de Kehr concerne un malade qui était ictérique depuis trois mois et qui avait un empyème de la vésicule et des calculs du cholédoque. Mort le treizième jour de myocardite. A l'autopsie, pas de péritonite,

5° *Anastomoses des voies biliaires*. — Parmi les observations qui figurent dans le travail de Merk, nous en trouvons 4 qui se rapportent à la lithiase.

Chez trois malades il s'agissait de fistules biliaires persistan-

tes. Czerny fit la cholécystoduodénostomie deux fois à la suture et une fois au bouton. Les trois malades ont continué à avoir des douleurs, une a eu de l'ictère, et chez une autre, on fit sept mois après une cholécystentéroplastie. On trouva des calculs dans la vésicule. Mais malgré cette opération la malade continua à avoir des douleurs et elle mourut dix-huit mois après de péritonite par perforation du cholédoque par un calcul.

Dans le quatrième cas il s'agissait aussi d'une fistule chez un malade cholécystostomisé, mais à la suite d'une pancréatite coexistante. Cholécystoduodénostomie. Guérison.

6° *Laparotomies pour péritonite sous-hépatique*, 11 cas, 1 mort.

Dans 11 cas il y avait de la péritonite sous-hépatique qui, dans plusieurs cas, paraît bien être en relation avec la lithiasé, sans qu'on puisse l'affirmer d'une façon absolue.

Neuf fois on a fait une cholécystostomie avec libération des adhérences.

Une fois une libération simple avec suture du duodénum (fistule cystico-duodénale). Mort au sixième jour de péritonite par suite de perforation de la suture intestinale.

Une fois, cholécystectomie.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — La plupart des malades cholécystostomisés ont continué à avoir des douleurs (6/9).

Dans le seul cas où l'on a fait la cholécystectomie, les suites immédiates et éloignées ont été excellentes.

7° *Péritonites localisées et généralisées*, 4 cas, 2 morts. —

Dans 3 cas d'abcès péricholécystique, le drainage donna 2 guérisons (dont une avec fièvre persistante) et 1 mort.

Laparotomie pour péritonite généralisée, 1 cas, 1 mort.

8° *Opérations sur les voies biliaires et sur le tube digestif*. —

Dans 5 cas il s'agissait de lithiasé compliquée.

a) Sténose du pylore d'origine biliaire. Adhérences. Cholécystostomie et gastro-entérostomie postérieure au bouton. Guérison.

b) Cancer du pylore et lithiasé vésiculaire, 2 cas. Cholécystostomie idéalé dans un cas avec résection du pylore. Convalescence compliquée de pneumonie au bout de trois semaines et

d'empyème pleural avec abcès sous-phrénique. Résection costale. Guérison.

Cholécystectomie partielle, cholécystostomie et gastro-entéro-anastomose postérieure dans l'autre. Pneumonie. Guérison.

c) Sténose pylorique d'origine biliaire. Adhéhérences ; fistule cystico-pylorique. Cholécystostomie et gastro-entéro-anastomose postérieure. Guérison.

d) Empyème de la vésicule et appendicite avec abcès péripliculaire. Résection de l'appendice. Cholécystectomie partielle et cholécystostomie. Guérison.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX. — Si on compare ces résultats à ceux qu'avait publiés Petersen et qui se rapportent à des opérations antérieures, on voit que la mortalité et que les suites opératoires sont devenues bien meilleures.

En effet, si l'on exclut les cas de cancers ou les opérations avec péritonite généralisée, on voit que la mortalité générale est tombée de 5,1 pour 100 à 3,5 pour 100.

Le chiffre des fistules a passé de 9,1 pour 100 (Petersen) à 4,4 pour 100 (Merk), ce qui tient à ce que Czerny ne fixe plus la vésicule à la paroi comme précédemment, mais seulement au péritoine pariétal sans prendre la muqueuse vésiculaire. L'avantage de la stomie ressort de ce simple fait que dans 8 pour 100 des cas, elle laisse échapper secondairement des calculs.

Les éviscéractions figuraient avec un taux de 15 pour 100 dans la statistique de Petersen. Il n'y en a plus que dans 8,3 pour 100 des cas. Cela tient évidemment à ce que chez Czerny, on a substitué l'incision longitudinale aux incisions transversales. Dans les premières, en effet, les éviscéractions se rencontrent dans 9,7 pour 100 des cas et, dans les secondes dans 43,7 pour 100.

Elles sont plus fréquentes après les opérations itératives qu'après les premières interventions ; plus fréquentes également après une cholédocotomie qu'après une cholécystostomie ou une cholécystectomie. On les trouve dans de bien plus grandes proportions chez l'homme que chez la femme. Enfin, elles ne sont la cause de douleurs que dans un tiers des cas environ.

Persistance des douleurs et récurrence. — Si nous rassemblons les observations dans lesquelles il y avait de la lithiase sans

complications, nous voyons que les résultats sont les suivants :

		Douleurs sans ictère.	Douleurs avec ictère.	Récidive
Cholécystostomies . . .	45	10	3	1
Cysticotomies . . .	9	»	1	2
Cholécystectomies . . .	5	1	»	»
Cholédotomies . . .	13	»	1	2
		(Mort au bout de huit mois d'angiocholite.		
Anastomoses. . . .	4	2	1	1

Mais il n'y a qu'à se reporter à l'étude que nous avons faite plus haut pour voir que dans tous ces cas, il s'agissait toujours de calculs qui ont été laissés au cours de la première intervention.

Souvent les douleurs s'expliquent par des adhérences, quelquefois par la coexistence de rein mobile, ou par l'existence d'une éventration. Les douleurs avec ictère sont dues soit à la persistance de calculs, soit à une coudure des voies biliaires par des adhérences, soit enfin à des poussées d'angiocholite ou au développement d'un néoplasme.

CLINIQUE D'HEIDELBERG 1901 (Beiträge, 1902, T. 36).

(Depuis le 1^{er} mars au 31 décembre 1901.)

44 malades ont été opérés. 1 mort.

27 Cholécystostomies	0 mort.
5 Cholécystectomies	0 —
7 Cholédotomies	0 —
1 Cholécystentérostomie	0 —
1 Cholédoco-entérostomie	0 —
3 Incisions d'abcès	1 —

1^o *Cholécystostomie*. — La cholécystostomie a été faite pour :

A. *Empyème aigu* avec péricholécystite suppurée, 1 cas. 1 guérison sans fistule.

B. *Empyème chronique*. — 8 cas. 0 mort. Dans trois on fit une cholécystectomie partielle avec cholécystostomie. Guérison dans tous les cas. Deux fois, la fistule persiste quelques mois.

C. *Hydropisie de la vésicule*. — 3 cas. Guérison sans fistule.

D. *Cholécystite chronique*. — 14 cas. Chez deux malades, on fit en même temps une cysticotomie avec suture. Chez un autre, on fit une appendicectomie et, chez un dernier, une fixation du rein.

Dans 8 cas, guérison rapide sans fistule; chez un malade, bronchite et, chez un autre, pleurésie; guérison dans les deux cas.

Une guérison avec fistule pour laquelle on fit, trois mois plus tard, une cholédoco-entérostomie (rétrécissement du méat cholédocien).

Dans le douzième cas, on enlève le drain le quatorzième jour; accidents de rétention qui nécessitent, au bout de quelques jours, la dilatation de la fistule. Au bout d'un certain temps, par cette fistule s'échappe un ver intestinal. Guérison.

Dans les deux derniers cas, on retira en même temps des calculs du cholédoque. Un malade guérit sans incident, l'autre eut une pneumonie post-opératoire qui évolua vers la guérison.

*Suites éloignées*¹. — Dans un cas, on fut obligé de réintervenir à cause des douleurs. Cholécystectomie (calcul enclavé dans le cystique). Guérison. Chez une deuxième malade qui avait d'abord bien guéri, il y eut, au bout de huit mois, des signes d'occlusion intestinale, due à des adhérences péricholécystiques et périiduodénales; gastro-entéro-anastomose. Mort.

Chez tous les autres malades, les résultats éloignés sont bons. Il s'agit, il est vrai, de patients opérés seulement, depuis peu de temps.

2° *Cholécystectomies*. — 5 cas, 0 mort.

Il s'agissait 1 fois d'empyème; 4 fois de cholécystite chronique.

Suture du moignon 2 fois. Guérison dans 1 cas; pneumonie post-opératoire dans l'autre.

Drainage dans les 3 autres cas. Guérison sans fistule.

¹ Les résultats éloignés des cholécystostomies faites à la Clinique d'Heidelberg, de 1901 à 1906, viennent d'être publiés, tout récemment par W. Marx (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1908). Les observations sont données année par année. Il sera donc facile de compléter les renseignements qui sont rapportés ici.

3° *Cholédocotomies.* — 7 cas, 0 mort.

Chez deux malades, on a fait une cholédocotomie avec drainage sans intervention sur la vésicule. Dans 4 cas, on fit en même temps une cholécystostomie; chez une malade d'ailleurs on intervenait à cause d'une fistule vésiculaire persistante.

Dans le dernier cas, il y avait un empyème de la vésicule et des calculs du cholédoque. Czerny fit la cholécystectomie et le drainage de l'hépatique.

4° *Anastomoses des voies biliaires.* — La cholécystentérostomie a été pratiquée dans un cas de pancréatite chronique. Le malade reprit 25 livres en quelques mois.

Nous avons déjà parlé de la cholédoco-entérostomie.

5° *Incision d'abcès,* 3 cas, 1 mort. — Deux fois il s'agissait de péricholécystite, dont l'une incisée depuis sept ans avait laissé une fistule. Ablation de calculs. Guérison. Dans l'autre cas, persistance d'une fistule qu'on excise quelques semaines plus tard. Guérison.

Le troisième cas concerne une péritonite par perforation de la vésicule calculeuse. Mort le quatrième jour.

CLINIQUE D'HEIDELBERG 1902. — (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1903. Supplément.)

En 1902, 59 malades ont été opérés (7 hommes, 52 femmes), 5 morts.

1° Cholécystostomie	27 cas	0 mort.
2° Cholécystostomie et cysticotomie.	3 —	0 —
3° Cholécystectomie	10 —	0 —
4° Cholécystentérostomie	1 —	0 —
5° Cholédocotomie	15 —	4 —
6° Incision d'abcès	3 —	0 —

1° *Cholécystostomie,* 27 cas. — Il ne s'agissait d'empyème que dans un cas; dans toutes les autres, lithiasé à forme de cholécystite chronique simple, associée une fois à des lésions de pancréatite, et une autre fois à de la péricholécystite avec adhérences pyloriques. Dans 5 cas, il y avait des lésions de la vésicule contre lesquelles on fit une cholécystectomie partielle.

Nous ne relevons aucune complication opératoire.

22 malades sont sortis sans fistule.

5 malades sont sortis avec fistule. Dans un de ces cas, récidive des douleurs au bout de quatre mois.

2° *Cysticotomie*. — Dans 3 cas à la cholécystostomie on joignit 1 cysticotomie avec suture.

Guérison sans fistule, 2 fois.

Guérison avec fistule, 1 fois.

3° *Cholécystectomy*. — 10 cas, 0 mort.

Il s'agissait de :

Cholécystite chronique : 5 fois : Cholécystectomy avec drainage à laquelle on joint une fois l'appendicectomy. Guérison.

Hydropisie de la vésicule, 1 fois. Cholécystectomy idéale; guérison.

Empyème chronique, 2 fois. Cholécystectomy avec drainage de l'hépatique. Dans un cas où il y avait un petit abcès au contact du côlon ; entérorraphie. Malgré cela, petite fistule stercorale. Guérison.

Fistule persistante après cholécystostomie : 2 fois. Cholécystectomy idéale. Guérison. Chez une malade persistance de douleurs dues à un rein mobile, pour lequel on fait quelques mois plus tard une néphropexie.

4° *Cholécystentérostomie* a été faite au bouton dans un cas de pancréatite chronique. Guérison.

5° *Cholédocotomie*. — 15 cas, 4 morts. — La cholédocotomie a toujours été faite avec drainage.

Dans 5 cas, on est n'intervenu que sur les voies principales. 3 guérisons, 2 morts par pneumonie, l'une au 3^e, l'autre au 9^e jour : dans les deux cas, il y avait d'ailleurs un peu de péritonite au niveau du foyer opératoire,

Dans 9 cas, on a fait en même temps le drainage de la vésicule et du cholédoque. Deux morts par hémorragies répétées au bout de six ou huit jours sans qu'on puisse découvrir à l'autopsie l'origine de l'hémorragie. Chez un de ces malades, ictérique depuis un an et demi, il y avait une sténose du pylore et l'on avait fait, en outre, une gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton. Chez l'autre l'ictère ne datait que depuis peu.

Les autres malades ont guéris sans incidents. Un seul conserva une fistule pour laquelle on fit une cholécystectomie (calcul du cystique), quatre mois après la première intervention.

Le dernier cas a trait à un calcul de l'ampoule de Vater pour lequel Czerny fit une cholédocoduodénotomie avec cholécystoduodénostomie. Le malade avait déjà subi une cholécystostomie et il avait gardé une fistule biliaire.

6° *Incision d'abcès*, 3 cas, 1 mort. — Dans 3 cas d'abcès péri-cholécystiques, dont un ayant évolué vers la paroi, on fit le drainage de l'abcès. Guérison dans tous les cas. Une malade mourut trois mois plus tard de tuberculose pulmonaire et intestinale.

CLINIQUE D'HEIDELBERG, 1903. — *Beiträge z. klin. Chir*, 1904, T. 43 (supplément).

En 1903, 64 interventions ont été dirigées contre la lithiasé ou ses complications :

Cholécystostomie : 35 cas, 0 mort.

Cholécystectomie : 2 cas, 2 morts.

Drainage du cholédoque : 18 cas, 0 mort.

Laparotomie simple : 1 cas, 1 mort.

1° *Cholécystotomie* : 35 cas.

A. *Cholécystite aiguë*, 2 cas. — Il s'agissait une fois d'une cholécystite aiguë en imposant pour une appendicite. On fait l'incision d'une appendicectomie, mais les lésions appendiculaires n'expliquant pas la gravité des symptômes, on explore la vésicule. Cholécystostomie. Guérison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une forme atténuée. Drainage de la vésicule; guérison.

B. *Cholécystite chronique*, 19 cas, 0 mort. — Au point de vue opératoire, chez un malade la vésicule présentait un diverticule en communication avec le duodénum; et dans le trajet duquel se trouvait un calcul; fermeture du duodénum. Drainage par la fistule.

Chez un malade il y eut un abcès à la paroi.

Chez un autre un peu de bronchite.

Quatre sont sortis avec une fistule.

Chez un dernier enfin, la rétention biliaire persiste; aussi quatre semaines après, on fait une cholédocotomie transduodénale. Guérison.

Dans tous les autres cas, guérison rapide.

C. *Hydropisie de la vésicule*, 7 cas, 0 mort. Chez une malade on fit en même temps une ablation des annexes,

Quatre sont sortis sans fistule.

Trois sont sortis avec fistule.

D. *Empyème*, 7 cas. — Deux malades ont guéri sans fistule. Chez deux, on nota pendant plusieurs jours après l'opération un état de collapsus persistant. Dans un de ces cas, il persista une fistule par laquelle s'échappèrent ensuite deux calculs.

Dans un autre cas, il s'agissait de cholécystite avec péricholécystite suppurée et appendicite chronique et on fit en même temps une ablation de l'appendice. Le malade mourut de pneumonie.

Les deux derniers malades sont sortis avec une fistule.

2^o *Cholécystectomie*, 10 cas, 2 morts.

L'ablation de la vésicule a été faite pour :

Cholécystite aiguë 2 fois.

Cholécystite chronique 2 —

Hydropisie 1 —

Empyème chronique 5 —

A. *Cholécystite aiguë*, 2 cas, 2 mort. — Un malade mourut le 8^e jour de pneumonie (péritonite localisée au niveau du foyer). L'autre qui présentait une cholécystite gangréneuse eut une forte réaction péritonéale pendant quatorze jours. A ce moment survint une amélioration qui dura huit jours, puis pneumonie et suppuration abondante de la plaie. Mort de collapsus au 34^e jour. A l'autopsie, abcès sous-phrénique s'ouvrant au niveau de la paroi.

B. *Cholécystite chronique*, 2 cas, 2 guérisons. — Chez un malade il y avait en outre des signes de sténose biliaire. Gastro-entéro-anastomose. Guérison.

C. *Hydropisie*, 1 cas. Pneumonie post-opératoire. Guérison.

D. *Empyème*, 5 cas, 5 guérisons. Aucune particularité à signaler.

3° *Cholédocotomie avec drainage*, 18 cas.

Le drainage du cholédoque a été combiné :

6 fois à la cholécystostomie.

12 — cholécystectomie.

A. *Cholécystostomie et drainage du cholédoque*, 6 cas.

Dans 5 cas il s'agissait de cholédocotomie sus-duodénale.

— 1 — cholédocotomie transduodénale.

4 malades sont sortis sans fistule.

Un eut une pneumonie. Sort avec fistule le vingt-quatrième jour.

Une dernière, opérée pendant la grossesse, continue celle-ci sans incidents. Sort avec fistule.

B) *Cholécystostomie et drainage de l'hépatique*, 12 cas.

6 malades sont sortis sans fistule.

5 — avec fistule.

Chez un, l'ictère disparaît rapidement, mais les selles restent longtemps décolorées (angiocholite ou paracholie?).

4° *Laparotomie*. — Pour angiocholécystite calculeuse avec perforation du cholédoque dans la cavité péritonéale. Hydro-pisie de la vésicule. Mort le sixième jour.

CLINIQUE D'HEIDELBERG, 1904. — *Beiträge*, 1905, t. 46, supplément.

En 1904, on a fait :

17 cholécystostomies	1 mort.
6 cholécystectomies	0 —
10 cholécystostomies avec drain de l'hépatique.	2 morts.
9 cholécystectomies	2 —
5 drainages de l'hépatique.	2 —
1 cholédoco-entérostomie	0 mort.
1 incision d'abcès	0 —
1 cholédocoplastie	0 —

Au total, 50 opérations, 7 morts.

1° *Cholécystostomies*, 17 cas, 1 mort.

La taille de la vésicule a été faite pour :

A. *Cholécystite aiguë*, 3 fois, 1 mort.

Une malade qui avait une cholécystite et péricholécystite sup-

purée guérit sans incident. Une autre atteinte d'un empyème sortit avec une fistule, mais, bientôt après, nouveaux accès nécessitant un drainage de l'hépatique (calculs et boue dans le cholédoque). Guérison. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une cholécystite post-typhique chez une lithiasique (1 calcul du cystique trouvé seulement à l'autopsie). Mort de collapsus le cinquième jour. Bronchopneumonie bilatérale.

B. *Cholécystite chronique*, 6 cas, 0 mort. — Dans les 6 cas, guérison sans incident.

C. *Hydropisie*, 8 cas, 0 mort.

Dans 6 cas, guérison sans fistule.

Dans le septième, la bile ne coule qu'au cinquième jour; le malade sort avec une petite fistule.

Dans le huitième, on avait fait, en outre, une cysticotomie avec suture; insuffisance de la suture; péritonite localisée. Guérison avec fistule.

D. *Empyème chronique*, 0.

2° *Cholécystectomies*, 6 cas.

A. *Cholécystite aiguë*, 1 cas. Cholécystectomie idéale. Fermeture du moignon. Fistule. Guérison.

B. *Hydropisie*, 3 cas. Guérison très rapide dans 2 cas, très longue dans un autre à cause de l'angiocholite coexistante (on avait fait le tamponnement du moignon).

C. *Empyème*, 2 cas, 2 guérisons. Chez un malade, pendant la convalescence, hémoptysies symptomatiques de tuberculose pulmonaire.

3° *Cholécystostomie et drainage de l'hépatique*, 10 cas, 2 morts. — Il s'agissait 9 fois de malades subissant une première intervention; 1 fois d'opération pour fistule biliaire persistante après une cholécystostomie.

Dans 7 cas, guérison sans incidents. Dans 1 cas, pneumonie. Au douzième jour, crise de coliques hépatiques. Guérison.

Mort le vingt-huitième jour dans un cas de lithiasie du cholédoque avec empyème de la vésicule : bronchopneumonie. Dans l'autre cas avec issue fatale, la malade continue à souffrir et vomit. On pense alors qu'il y a une coudure du duodénum et on fait une gastro-entéro-anastomose. Mais pas d'amélioration,

Mort 7 jours après la première intervention. A l'autopsie, il reste 2 calculs dans le cholédoque, bronchopneumonie bilatérale.

4° *Cholécystectomie et drainage de l'hépatique*, 9 cas, 2 morts. — 1 malade opérée en pleine poussée aiguë avec état infectieux grave guérit sans incident. Deux malades avaient été déjà opérées : l'une cholécystostomisée à la Clinique avait une fistule persistante; l'autre, opérée en dehors, avait une récursive.

Dans 2 cas, il y avait du pus dans la vésicule.

9 cas, 7 guérisons sans incident.

2 morts. Dans un des cas, il s'agit d'un malade chez lequel on avait remarqué, au cours de l'opération, l'existence d'hémorragies parenchymateuses dans le foie et de cirrhose biliaire. Mort de collapsus seize heures après l'opération. Dans l'autre cas, en libérant la vésicule, il s'était produit une déchirure du duodénum. Entérorraphie. Mort le sixième jour. A l'autopsie : sténose du duodénum au niveau de la suture; myocardite. Pas de péritonite.

5° *Drainage de l'hépatique sans drainage de la vésicule ou sans ectomie*, 5 cas, 2 morts. — Dans 3 cas, la paroi vésiculaire incisée a été tamponnée.

Dans 2 cas, guérison sans incident.

Dans 1 cas (ictère), hémorragie abondante le sixième jour. Laparotomie au cours de laquelle on reconnaît que le sang vient de la paroi vésiculaire. Guérison.

Mort dans 2 cas. Une fois par hémorragies au dixième jour; une autre fois, par fistule duodénale. A l'autopsie, il restait d'ailleurs 1 calcul dans le cholédoque.

6° *Cholédoco-entérostomie*, 1 cas. — Il s'agit d'une malade qui avait été cholécystostomisée et à laquelle on avait fait, en outre, un drainage de l'hépatique. L'ictère avait diminué, mais il persistait un mauvais état général. Deux mois après, cholédoco-duodénostomie à la suture. On trouve 3 calculs dans le cholédoque. Petite fistule duodénale. Guérison.

7° *Incision d'abcès*, 1 cas, 1 guérison;

8° *Adhérences.* — Chez un malade qui présentait depuis 1896 des crises hépatiques avec ictère et chez lequel on avait noté une fois l'expulsion d'un calcul dans les selles, on fit une cholédocoplastie en suturant l'incision longitudinale transversalement; cholécystostomie. Guérison.

CLINIQUE D'HEIDELBERG, 1905. — (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1906.)

Cholécystostomies	13 cas, 1 mort.
— associée à d'autres interventions abdominales	6 — 0 —
Cholécystectomie.	22 — 1 —
Drainage de l'hépatique	2 — 0 —
— et cholécystostomie.	8 — 1 —
— et cholécystectomie.	10 — 2 —
Cholédocotomie transduodénale.	1 — 1 —
Incision d'abcès	3 — 0 —
	65 cas, 6 morts

1° *Cholécystostomies*, 13 cas, 1 mort.

A. Dans neuf cas, il s'agissait de cas simples de lithiasé vésiculaire ou cystique. Toutefois, au moment des accès, il y avait eu de l'ictère. Guérison.

B. Dans trois autres cas, il s'agissait d'empyème chronique de la vésicule. Guérison.

C. Dans un dernier cas, enfin, empyème datant de huit jours.

Malade dans un état septique grave. Chute de la température; puis nouvelle poussée le septième jour. Signes de péritonite; colostomie; mort.

2° *Cholécystostomie associée à d'autres interventions abdominales*, 6 cas, 6 guérisons.

Dans trois cas, on fit en même temps une appendicectomie.

Dans un cas, on fit en même temps une gastro-entéro-anastomose.

Dans un cas, on fit en même temps une appendicectomie et une gastro-entéro-anastomose.

Dans un cas, on fit en même temps une néphrectomie lombaire (rein polykystique).

Chez un malade, il y eut une récurrence de cholécystite et l'on fit une ectomie secondaire.

3° *Cholécystectomie*, 22 cas, 1 mort.

A. Dans treize cas, il s'agissait de cholécystite simple ; mais l'état de la vésicule nécessitait cependant l'extirpation. Cholécystectomie sans ouverture de la vésicule, après ligature du cystique et de l'artère. Quelquefois, drain au contact du moignon cystique.

Deux fois il y eut une fistule qui tarit d'ailleurs rapidement. Dans un cas, persistance des douleurs ; dans un autre accès de fièvre (angiocholite). Guérison dans tous les cas.

B. Dans deux cas, empyème aigu avec péritonite de voisinage, ectomie. Guérison.

C. Dans six cas, empyème chronique dont un cholécystostomisé à la phase aiguë quatre semaines avant. Guérison.

Dans le dernier cas, il s'agissait de lithiasie ancienne. Calculs de la vésicule avec nécrose de la muqueuse. Mort au neuvième jour d'embolie pulmonaire. A l'autopsie, myocardite graisseuse et artério-sclérose.

4° *Drainage de l'hépatique sans intervention sur le cholédoque*, 2 cas, 2 guérisons.

Il s'agissait une fois d'une récurrence chez une malade cholécystostomisée en 1901.

5° *Drainage de l'hépatique et cholécystostomie*, 8 cas, 1 mort.

Dans six cas de calculs du cholédoque, avec ou sans calculs de la vésicule, les malades avaient eu des crises le plus souvent avec ictère. Dans quelques cas, l'ictère datait de plusieurs mois. Une fois seulement pas d'ictère (le calcul siégeait dans un diverticule du cholédoque).

Presque tous les malades sont sortis au bout de quatre semaines avec une fistule fermée.

Chez un, la fistule ne se ferma qu'après la sortie.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une malade cholécystostomisée pour empyème en 1899 ; en 1901, elle avait eu un abcès au niveau de la cicatrice, dans lequel on avait trouvé des calculs.

Depuis trois semaines, elle présentait des crises violentes avec fièvre et ictère. Guérison.

Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'une malade qui avait un empyème de la vésicule et de l'angiocholite. Pneumonie post-opératoire. Mort un mois après. A l'autopsie, pyopneumothorax ; gangrène de la base droite. Deux calculs dans la branche droite de l'hépatique.

6° *Drainage de l'hépatique et cholécystectomie*, 10 cas, 2 morts.

Dans sept cas, calculs du cholédoque coexistant avec des lésions vésiculaires nécessitant son ablation. Guérison en trois-quatre semaines. Dans un seul cas, fistule, qu'il suffit de libérer pour fermer.

Dans un autre cas, opération pour fistule biliaire persistante. Après cholécystostomie (angiocholite, pas de calculs). Guérison.

Dans le neuvième cas, le cholédoque était libre. Au septième jour, en enlevant le tampon, hémorragie par l'artère cystique. Malgré l'intervention immédiate, mort.

Dans le dernier cas, enfin, il s'agissait de lithiasé du cholédoque avec empyème chronique et ancienne fistule cholécystoduodénale. Mort le sixième jour, de pneumonie.

7° *Cholédotomie transduodénale*, 1 cas, 1 mort.

Dans un cas il fut impossible par la cholédotomie sus-duodénale d'extraire un calcul profond. Cholédoco-duodénotomie. Suture du duodénum, drainage de l'hépatique. Cholécystostomie. Au quatrième jour, fistule duodénale, pour laquelle on fit huit jours après, une gastro-entérostomie. Mort au bout de cinq semaines. A l'autopsie, fistule duodénale et abcès du foie.

8° *Incision d'abcès*, 3 cas, 0 mort. Dans un cas, il s'agissait d'une poche en communication avec une perforation du cholédoque. Incision et drainage. A la suite de cette intervention, la cavité se comble très lentement. Formation secondaire d'un abcès sous-phrénique. Incision. Guérison.

CLINIQUE D'HEIDELBERG 1906. Narath — *Beiträge*, 1907.

Cholécystendyse	1 cas		
Cholécystostomie	7 —		
avec gastro-entérostomie . . .	1 —		
avec appendicectomie	1 —		
Cholécystectomies	16 —		
Cholédocotomie	1 —		
avec cholécystostomie	1 —		
avec cholécystectomie	16 —	3 morts	
Cholédoco-duodénostomie et cho-			
lécystostomie	1 —		
Incision d'abcès	3 —	2 —	
	<u>48 cas</u>	<u>5 morts</u>	

1° *Cholécystendyse*, 1 cas, 1 guérison. — Il s'agit d'une femme qu'on opérât pour une grosse hernie ombilicale. Dans la vésicule, il y avait un seul calcul.

2° *Cholécystostomies*, 7 cas, 7 guérisons. — Il s'agissait dans 6 cas de vésicules peu altérées ne renfermant pas beaucoup de calculs, dans 3 cas même il n'y avait qu'un calcul.

Dans le 7°, coliques hépatiques avec ictère depuis un an et demi, tuméfaction vésiculaire. La malade, opérée le 2 mars, rentre en décembre pour de nouveaux accès avec ictère, calcul du cholédoque, guérison. Paralysie brachiale post-anesthésique.

3° *Cholécystostomie combinée à d'autres opérations abdominales*, 2 cas, 2 guérisons. — Dans un cas d'adhérences, au pylore, gastro-entérostomie postérieure au bouton.

Dans un autre, coexistence d'appendicite et de cholécystite chronique, appendicectomie et cholécystostomie. Guérison.

4° *Cholécystectomies*, 16 cas.

A. *Empyème aigu*, 4 cas. — Cholécystectomie avec ligature du cystique. Dans tous les cas, fistule biliaire. Guérison.

B. *Choléc. chronique*, 2 cas. — Chez une malade, deux mois après l'opération, récurrence des douleurs. Abcès de la paroi renfermant du pus biliaire. Malgré le drainage, température élevée.

Laparotomie. Absès dans le moignon cystique. Résection du moignon, cholédocotomie avec drainage. Pas de calcul, mais dans le moignon on trouve un fil de soie flottant qui explique bien les accès. Guérison.

Chez une autre, cholécystite et péritonite tuberculeuse. Guérison.

C. *Hydropisie de la vésicule*, 6 cas, 6 guérisons.

D. *Empyème chronique*, 4 cas, 4 guérisons. — Pas de drainage des voies biliaires.

5° *Cholédocotomie sans intervention sur la vésicule*, 1 cas, 1 guérison très rapide bien que l'ictère date de neuf mois.

6° *Cholédocotomie avec cholécystostomie*, 1 cas, guérison après écoulement de bile très prolongé.

7° *Cholédocotomies et cholécystectomies*, 16 cas, 3 morts.

A. *Cholécystite récidivante*. — Dans 5 cas de lithiase récidivante, la vésicule rétractée, adhérente renfermait du pus. Pas de calculs du cholédoque :

4 guérisons sans incidents.

1 guérison avec pneumonie post-opératoire.

B. *Empyème de la vésicule et lithiase du cholédoque*, 3 cas, 3 guérisons. — Dans 2 cas il n'y avait pas d'ictère.

C. Dans un cas, il s'agit d'une malade qui avait été cholécystostomisée en 1897. Depuis deux ans, elle présentait de nouveaux accès (est-ce une récidive?). Guérison.

D. Un autre cas était remarquable par le nombre considérable de calculs occupant le cholédoque. Guérison.

E. Dans un cas il y avait en même temps une sténose duodénale par des adhérences. Gastro-entéro-anastomose postérieure. Guérison.

F. Dans 2 cas signes d'angiocholite, 1 guérison; 1 mort par hémorragie de l'artère cystique consécutive à un abcès du moignon cystique. Laparotomie, mais malgré cela persistance de la température. Nouveaux accès. Mort au bout de trois mois. A l'autopsie, abcès du foie, périsplénite, néphrite.

G. Dans 3 cas enfin il y avait des phénomènes aigus avec début de péritonite. 1 guérison. 2 morts.

8° *Cholédocoluodénostomie et cholécystostomie*, 1 cas, guérison. — Il s'agissait de pancréatite chronique associée à la lithiasé.

9° *Incision d'abcès*, 3 cas. — Dans un cas, empyème avec nécrose de la vésicule; adhérences à la paroi abdominale antérieure. Incision. Trois jours après, fistule duodénale, gastro-entéro-anastomose. Mort quinze jours après de cachexie.

Dans un deuxième cas, péri-cholécystite suppurée. Incision. Guérison.

Dans un troisième, perforation intra-péritonéale d'une vésicule calculéuse. Mort le dixième jour de broncho-pneumonie

Statistique de William J. Mayo, de Rochester. A review of fifteen hundred operations upon the gall-bladder and bile-passage with especial reference to the mortality (*Annals of Surgery*, 1907).

La statistique des frères Mayo porte sur 1.500 opérations sur la vésicule ou les canaux biliaires depuis le 24 juin 1891 au 1^{er} mai 1906 (15 ans).

La mortalité générale est de 4,43 pour 100, 66 morts pour 1.500 opérations, y compris les perforations aiguës, les péritonites septiques et les tumeurs. D'ailleurs cette statistique est encore en voie d'amélioration puisque dans les mille premiers cas la mortalité était de 5 pour 100, tandis que dans les 500 derniers, elle n'est que de 3,2 pour 100. Il s'agit là, nous le répétons, d'une statistique globale, dans laquelle sont compris tous les cas de mort, qu'il s'agisse d'embolie, de myocardite, ou même d'affections chroniques, telles que néphrite, cirrhose, etc.

Cholécystostomies. — Si l'on étudie maintenant les différentes interventions pratiquées, on voit que, sur un total de 845 cholécystostomies, il n'y a eu que de 2,13 pour 100 de morts; dans les 500 derniers cas même, nous trouvons un total de 272 tailles vésiculaires avec une mortalité de 1,47 pour 100. C'est l'opération de beaucoup la moins meurtrière. Les résultats éloignés en seraient d'ailleurs excellents et les auteurs n'ont encore observé qu'un seul cas de récédive. Elle ne donne des accidents consécu-

tifs que lorsque le cystique est obstrué; la persistance de la fistule entraîne même alors la cholécystectomie secondaire. D'autres fois c'est seulement aux altérations inflammatoires et à l'épaisseur de la paroi qu'est dû cet accident. Souvent dans ce cas, il s'agit de cancer, et les ectomies faites dans ces conditions ont pu donner une survie de plus de trois ans.

Lorsqu'il s'agit de calculs du cholédoque, à plus forte raison s'il y a de l'angiocholite, il n'est pas sage d'enlever systématiquement la vésicule, car on rend toute anastomose ultérieure impossible.

Faite dans ces conditions, la cholécystostomie a généralement donné aux frères Mayo de bons résultats; et il n'y a que peu de faits où l'on puisse regretter de n'avoir pas fait l'ectomie primitive. Les suites opératoires sont toujours courtes. Les malades se lèvent en moyenne le douzième jour et sortent le quinzième. La réunion par première intention est presque toujours obtenue, et il n'y a pas d'éventration consécutive.

Cholécystectomie. — La cholécystectomie a une mortalité un peu plus plus considérable. Elle a été pratiquée 319 fois dans ces quinze dernières années avec une mortalité de 3,13 pour 100. Mais elle est devenue bien moins grave dans ces derniers temps où ces chirurgiens n'ont eu des échecs que dans 1,62 pour 100 des cas.

La convalescence est à peu près la même que pour les stomies vésiculaires, les malades restent rarement plus de quatorze jours à l'hôpital.

Interventions sur le cholédoque. — Ces interventions sont au nombre de 207. Mais au point de vue de leur gravité il faut distinguer les quatre groupes suivants :

A. Dans 105 cas, il s'agissait de calculs du cholédoque sans signes bien marqués. L'ictère était peu accusé ou même absent; ou bien lorsqu'il y avait de la jaunisse; c'était d'une façon intermittente ou incomplète. Peu d'infection des voies biliaires. La mortalité a été de 2,9 pour 100; la convalescence courte, quinze jours; la guérison permanente.

B. Dans 61 cas, il y avait infection des voies biliaires et du foie caractérisée par de l'ictère, de la fièvre et des frissons. Par suite de cette infection, la mortalité beaucoup plus élevée atteint 16 pour 100. Elle est, d'ailleurs, souvent la conséquence de com-

plications infectieuses post-opératoires, qui entraînent la mort au bout d'un ou deux mois.

Il y a souvent, dans ces cas, des altérations inflammatoires de la tête du pancréas qui déterminent la formation de nouveaux calculs. La récurrence a été observée quatre fois dans un délai d'un à cinq ans après l'opération. Deux fois, cependant, la vésicule avait été enlevée à ce moment. Il s'agissait de calculs intra-hépatiques dans 3 cas et une fois d'altérations inflammatoires de la tête du pancréas. Ces malades font, en moyenne, un séjour à l'hôpital de trois à quatre semaines.

C. Le troisième groupe de faits comprend les malades atteints d'obstruction complète du cholédoque avec cholémie, albuminurie, toxémie, etc. Sur 29 cas, on relève 10 morts, soit 34 pour 100 de mortalité. Quatre fois il y avait une fistule cholédoco-duodénale.

Lorsqu'il y a des phénomènes aigus surajoutés à cet état, il vaut mieux attendre que tout soit rentré dans l'ordre pour intervenir, car l'opération est très grave dans ces conditions. La mort est généralement le fait de la cholémie et de l'insuffisance hépatique.

D. Le dernier groupe enfin est celui des tumeurs malignes. 12 cas, 4 morts, soit 33 pour 100 de mortalité; six fois on ne fit qu'une laparotomie exploratrice. Deux fois l'extirpation primitive de la tumeur fut suivie de succès (tumeurs du cholédoque ou de la papille), mais le succès ne dépassa pas trois ans.

Relations avec les affections du pancréas. — Dans 86 cas, il y avait en même temps des lésions du pancréas.

4 fois, il s'agissait de pancréatite aiguë, l'intervention donna 2 morts et 2 guérisons.

6 fois, inflammation subaiguë avec kystes hémorragiques. 1 mort et 5 guérisons.

9 fois, c'était un cancer du pancréas. L'opération donna 5 morts.

Enfin 67 fois, il s'agissait de pancréatite. Dans 5 cas, on croyait même qu'il s'agissait de pancréatite primitive, car les voies biliaires étaient libres de toute concrétion; mais l'examen de l'ampoule finit par faire découvrir un calcul à ce niveau.

Statistique de Kümmel (Hambourg). — GOLDAMMER *Beiträge z. klin. Chirurgie*, 1907.

Dans ces onze dernières années, le total des interventions faites à la clinique de Kümmel s'élève à 228.

Si l'on groupe ces différents faits suivant les principes établis par Kehr, on voit que la mortalité générale est de 20,9 pour 100; mais tandis qu'elle n'est que de 4,7 pour 100 dans les interventions pour lithiase non compliquée, elle s'élève à 14,3 pour 100 lorsqu'il y a des complications bénignes sur les organes voisins, et à 85,7 pour 100 lorsqu'il s'agit de complications malignes telles que péritonite généralisée, cancer, etc.

1^o CHOLÉCYSTITE AIGÜE INFECTIEUSE. — 16 malades ont été opérés en pleine poussée infectieuse; dans 5 cas, il y avait un début de péritonite, 14 guérisons, 1 mort.

Dans 7 autres, il y avait une péritonite consécutive soit à une perforation (4 cas), soit à une seule propagation inflammatoire (3 cas) = 5 morts. Chez 2 autres malades, il y avait seulement une péricholécystite suppurée; enfin, chez les deux derniers la perforation n'était pas encore achevée.

Chez tous ces malades on avait l'impression d'une indication vitale: l'opération montra, d'ailleurs, la nécessité absolue de l'intervention.

Voici les résultats des interventions pratiquées :

Dans les 5 cas, où l'on n'était pas encore en pleine péritonite, on a fait :

1 fois une cholécystostomie en deux temps, mais légère éventration.

2 fois une cholécystostomie en un temps; 2 fois il y eut une fistule muqueuse et, dans 1 cas, on fut obligé de faire une cholécystectomy secondaire. 2 guérisons.

2 fois la cholécystectomy avec drainage de l'hépatique. 1 guérison, 1 mort de collapsus. Dans ce cas, il s'agissait d'une angiocholécystite gangréneuse avec ictère, et il y avait des calculs non seulement dans la vésicule, mais dans l'hépatique et l'ampoule de Vater.

Chez les 7 malades où il y avait une péritonite généralisée, on

s'est toujours contenté de la cholécystostomie et du drainage, 4 morts dont 2 à la suite de collapsus au bout de quelques heures, et 2 autres, après un ou deux jours par suite de péritonite ou d'angiocholite. Deux malades ont survécu et l'une d'elles, opérée depuis cinq ans, est en excellente santé.

Dans 2 cas de cholécystite aiguë où la perforation était imminente, on fit aussi le drainage, mais dans un cas, il fut impossible de fixer la vésicule trop friable à la paroi. Les deux malades guérirent, mais chez la dernière, il y eut de nouvelles crises et l'on fut obligé d'intervenir à nouveau, trois mois après la première opération, pour libérer des adhérences. Il nous semble qu'à ce moment il aurait mieux valu faire une ectomie, car revue en 1906, la malade dit avoir eu encore quelques douleurs.

Dans 2 cas où il y avait péricholécystite suppurée on fit l'opération de Kehr. Guérison dans les 2 cas. Une malade eut cependant six et douze semaines après l'intervention, deux crises de coliques hépatiques.

2° CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES. — A. *Cholécystite chronique récidivante*, 50 cas. — Dans 2, il y avait en même temps de la lithiasé de l'hépatique ou du cholédoque.

Dans 27 cas (obs. 17 à 42 et 24 de Goldammer), il s'agissait de lithiasé vésiculaire simple qu'on a traité :

Par la cholécystendyse, 9 fois.

Par la cholécystostomie, 14 fois.

Par la cholécystectomie, 4 fois.

Il n'y a eu aucun décès opératoire.

Les suites immédiates de la taille idéale ont toujours été bonnes, mais nous relevons un cas de récidi ve dix ans après la première opération et un autre cinq ans seulement après celle-ci. Le 1^{er} cas a été traité la deuxième fois par la cholécystostomie ; le 2^e, par une nouvelle cholécystendyse.

Après les cholécystostomies, nous trouvons 2 cas de fistule persistante, une autre fois un léger degré d'éventration et, chez une autre malade enfin, le retour de nombreuses crises mais sans calculs dans les selles.

Les suites immédiates et éloignées de la cholécystectomie ont été très bonnes.

Dans 12 autres cas (obs. 53 à 54 de Goldammer, il y avait des adhérences péricholécystiques.

On a fait deux fois la taille idéale et une autre fois la suture après une cholécystectomie partielle, mais nous n'avons pas de renseignements sur les suites éloignées de ces interventions.

Dans un quatrième cas (qui date de 1895), au cours d'une taille idéale, on fit en même temps une cholédocolithotripsie ; il y eut une fistule biliaire pendant un certain temps, puis la malade guérit.

Dans 5 cas, on eut recours à la cholécystostomie, les suites immédiates ou éloignées ne présentent aucune particularité.

Trois fois, on fit une ectomie. Une malade à qui l'on avait fait en même temps un drainage de l'hépatique, mourut un an après d'affection indéterminée. Les deux autres ont obtenus un très bon résultat. A signaler chez une la déchirure du cholédoque dans l'extirpation de la vésicule et la parfaite réussite d'une cholédocoplastie sur sonde.

Sept fois, il y avait une oblitération du cystique (obs. 55 à 61). Dans 2 cas, après rétablissement de la perméabilité du cystique, on a fait la cholécystendyse ; un malade est guéri depuis quatre ans ; l'autre est morte au bout de deux ans de cancer utérin. Bons résultats après deux cholécystostomies.

Dans 3 autres cas, on fit une cholécystectomie idéale. Il y eut une fois un abcès de la paroi et dans un autre cas où l'on n'avait fait que l'ablation partielle, d'une vésicule ratatinée, malgré la suture, il se produisit bientôt une fistule muqueuse. Un calcul s'échappa par la plaie. Mais il en restait encore d'autres et au bout de six mois il fallut faire une cysticotomie et un drainage. Guérison.

Les derniers cas de cette série comprennent des faits plus ou moins compliqués. Les voici rapidement énoncés :

Cholécystite chronique récidivante, nombreuses adhérences avec l'intestin. Cholécystostomie, guérison.

Cholécystite chronique et sténose du pylore, Cholécystostomie et gastro entéro-anastomose. Suites éloignées excellentes.

Cholécystite chronique chez une femme de soixante-treize ans. Simple cholécystostomie à cause du mauvais état général. Persistance des douleurs. Nouvelle cholécystostomie trois mois après.

Mort de collapsus quatorze jours après cette deuxième intervention.

Cholécystite à forme d'appendicite. Cholécystostomie. Guérison. Rien à l'appendice.

Dans 3 cas, coexistence d'appendicite et de cholécystite ; appendicectomie et cholécystectomie dans 2 cas ; guérison. Appendicectomie et stomie dans un autre. Guérison avec fistule persistante.

Dans 3 autres cas, on n'a pas trouvé de calculs. Cholécystostomie. Guérison.

Les deux derniers cas méritent plutôt, à notre avis, d'être étudiés avec la lithiase des voies principales.

B. *Hydropisie de la vésicule*, 28 cas.

Dans ces 28 observations, Kümmel a eu recours :

11 fois à la cholécystendyse ;

10 fois à la cholécystostomie (Dans 1 cas, on fit ensuite une néphropexie) ;

7 fois à la cholécystectomie.

Il n'y a pas eu de mort opératoire.

Dans les suites immédiates, nous relevons les particularités suivantes :

Après la taille idéale, fistule dans 3 cas ; guérison spontanée dans 2 cas ; dans le 3^e, un an plus tard, on enlève encore un calcul du cystique. Cholécystostomie ; guérison. Une malade eut une bronchite grave ; une autre, une pneumonie ; toutes deux guérirent cependant. Une troisième malade eut un abcès de la paroi. Enfin, dans un dernier cas, le lendemain de l'intervention, l'opérée eut de la fièvre, des frissons et de l'ictère. On fit immédiatement un drainage ; guérison. Mais légère éventration.

La cholécystostomie a donné lieu deux fois à une fistule persistante ; dans un cas, on en fit avec succès la suture au bout de six semaines ; dans un autre, la fistule laissa échapper de nombreux calculs. Au bout d'un an, on fit une cholécystentérostomie, mais la malade mourut d'embolie pulmonaire au huitième jour. A signaler aussi un cas de pneumonie.

Les suites éloignées de ces deux groupes d'interventions sont les suivantes. Des 11 malades qui ont subi une taille idéale, il y

en a deux qui ont des douleurs au niveau de la cicatrice (adhérences probables) et il existe une éventration qui nécessite le port d'un bandage. Parmi les 10 cholécystostomisés, nous n'en trouvons qu'un qui se plaint de douleurs gastriques et pariétales; un autre a eu, un an après, un accès de coliques hépatiques.

Enfin, les résultats immédiats et éloignés de l'ectomie sont tous très satisfaisants.

C. *Empyème de la vésicule*, 38 cas, 1 mort sans opération : péritonite incertaine.)

Au début, Kümmel a pratiqué un certain nombre de tailles idéales, mais les accidents qu'il a eus lui font tenir actuellement le pus pour septique et il fait du drainage. Toutefois, la statistique suivante montre qu'il est beaucoup plus conservateur que les autres chirurgiens, puisque sur 37 malades opérés, il a fait :

- 9 cholécystendyses ;
- 23 cholécystostomies ;
- 2 cholécystectomies idéales ;
- 3 cholécystectomies avec drainage.

Il y a eu 4 décès, 2 fois après une cholécystostomie, 1 fois après une taille idéale et 1 fois après une cholécystectomie avec suture.

Au point de vue des résultats, la cholécystendyse a donné 2 guérisons avec réunion *per primam*, ce qui prouve que la guérison est possible lorsque les voies biliaires sous-jacentes sont libres. Mais dans 5 cas, une fistule apparut dans un laps de temps plus ou moins long après l'opération. Deux fois même, celle-ci persista et dans un de ces cas la libération des adhérences tentée à deux reprises différentes n'a pas suffi à en amener l'oblitération. La dernière malade enfin ressentit dans les jours suivants de violentes douleurs, dues sans doute à ce que le cystique n'était pas complètement perméable ; actuellement, elle se plaint encore de douleurs lorsqu'elle fait des repas trop copieux. La mort, dans le cas dont nous avons parlé plus haut, fut le résultat d'une péritonite.

Les résultats immédiats de la cholécystostomie dans l'empyème chronique de la vésicule sont les suivants :

Un malade mourut peu après l'opération : il y avait une fistule cholécysto-duodénale qui avait passée inaperçue à l'opération. Un autre fut emporté par une embolie pulmonaire le cinquième jour.

Parmi les 21 restants, 14 ont été guéris plus ou moins rapidement ; quatre fois, on observa des fistules pour lesquelles dans 2 cas on fut obligé d'intervenir. Un malade eut un érysipèle ; un autre un peu de rétention, qui céda à la dilatation de la fistule : chez un dernier enfin, on observa une pneumonie qui guérit sans incident.

Les résultats éloignés sont aussi entachés de nombreux incidents. Deux malades ont dû subir une deuxième intervention pour la persistance de leur fistule. Chez un, on libéra le cholédoque qui était coudé ; chez l'autre on fit une cholécystectomie. Deux autres malades ont éprouvé encore des crises hépatiques plus ou moins violentes.

Le cholécystectomie avec drainage a donné, comme dans les cas précédents, de bons résultats immédiats ou éloignés. Mais dans les deux cas où elle a été faite sans drainage, on a observé une fois un abcès de la paroi et, dans l'autre cas, le malade mourut d'infection au cinquième jour. A l'autopsie, on trouva des calculs dans le cholédoque et un abcès sous-hépatique.

3) *Lithiase du cholédoque*, 39 cas.

Sur les 39 observations qui ont été recueillies à la clinique de Kummel, l'ictère manquait dans 16 pour 100 des cas.

La mortalité globale est de 17, 95 pour cent.

Si nous relevons dans un tableau d'ensemble les différentes interventions, nous voyons qu'on peut les classer en deux groupes suivant que l'on a fait ou non le drainage direct des voies principales.

A. *Opérations sans drainage direct des voies principales*, 27 cas, 4 morts.

a) Cholécystostomie simple, 4 cas.

b) Cholédocolithotripsie et cholécystostomie, 1 cas.

c) Cholédocotomie avec suture, 10 cas, 1 mort.

d) Cholédocotomie transduodénale, 1 cas, 0 mort.

e) Cholédocotomie avec suture et cholécystostomie, 7 cas, 1 mort.

f) Cholécotomie avec suture et cholécystectomie, 4 cas, 2 mort.

B. *Opérations avec drainage des voies principales*, 12 cas, 3 morts.

g) Cholécotomie avec drainage, 2 cas, 1 mort.

h) Drainage de l'hépatique et cholécystectomie, 10 cas, 2 morts.

Nous allons étudier successivement les résultats immédiats et éloignés de ces différentes interventions.

a) *Cholécystostomie simple*, 4 cas.

Dans 2 cas, il fut possible d'enlever complètement les calculs du cholédoque par la vésicule; guérison.

Dans un troisième cas, où l'on avait fait le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque, à l'opération on ne sentit rien d'anormal dans le cholédoque. Mais deux mois après cette opération, l'exploration par la fistule vésiculaire laissait sentir un obstacle au niveau du cholédoque, on fit une nouvelle cholécotomie. Suture. Persistance malgré cela d'une petite fistule biliaire.

Dans le dernier cas enfin, en même temps qu'une occlusion calculeuse du cholédoque il y avait une perforation de la vésicule. Par cette perforation, on sort un calcul du cholédoque et on met un drain. Fistule pendant trois mois environ.

Mort trois ans après de cancer d'estomac.

b) Chez un malade on eut recours une fois à la *cholédocolithotripsie* et à la cholécystostomie. Fistule pendant cinq mois. Guérison.

c) *Cholécotomie avec suture*, 10 cas, 1 mort.

Chez huit malades il s'agissait d'obstruction calculeuse du cholédoque, sans aucune particularité; les 2 autres avaient subi une taille idéale sept et neuf mois auparavant et ils avaient conservé tous deux une fistule biliaire qui nécessita une seconde intervention.

Une malade mourut au quatorzième jour d'affection cardiaque. Une autre eut un écoulement de bile par la plaie pendant quelques jours. Les suites éloignées ont été bonnes; les malades étant restés guéris.

d) *Cholécotomie transduodénale*.

Dans un cas on fit une cholécotomie transduodénale. Il y

eut un abcès de la paroi. Pas de renseignements sur les suites éloignées.

e) *Cholédocotomie avec cholécystostomie*, 7 cas, 1 mort.

En même temps que des calculs du cholédoque il y avait dans 5 cas des lésions de cholécystite chronique et dans 2 autres un empyème de la vésicule.

Une malade mourut de péritonite le lendemain de l'opération. L'autopsie montra qu'il restait un calcul dans le cholédoque.

Parmi les autres il en est un qui eut une hémorragie abondante par la plaie au huitième jour, mais qui céda au tamponnement. Un autre, le soir de l'intervention, eut un état de collapsus tel, qu'on lui fit une injection intra-veineuse de 1500 grammes de sérum. Trois autres enfin gardèrent une fistule pendant un certain temps. Les suites éloignées furent bonnes dans presque tous ces cas. Chez un malade on fit un avivement des bords de la fistule pour en hâter la guérison.

Une autre mourut au bout d'un an (l'état civil porte comme diagnostic : maladie de la vésicule), les autres sont restés complètement guéris.

f) *Cholédocotomie et cholécystotomie avec suture*, 4 cas, 2 morts.

Dans un premier cas qui date de 1884 et qui représente la première cholédocotomie pratiquée sur le vivant, la malade mourut de collapsus, vingt heures après l'opération.

Dans un autre cas, la malade eut une pneumonie et elle garda une fistule par laquelle s'échappèrent, d'ailleurs plusieurs calculs.

Dans le troisième cas, on obtint une guérison rapide, mais peu après la sortie, la malade fut prise de nouvelles crises et quatre mois après on fit un drainage de l'hépatique; depuis, elle est guérie.

Dans le dernier cas, il y avait en même temps un cancer du pylore. Kümmel fit dans la même séance une cholécystectomie, une cholédocotomie avec suture, une pylorectomie et une gastro-entéro-anastomose au bouton. La malade mourut le quatrième jour de péritonite.

g) *Cholédocotomie avec drainage*, 2 cas, 1 mort. — Dans un cas, les suites immédiates et éloignées furent bonnes, et dans

l'autre; le patient mourut d'angiocholite suppurée quarante heures après l'opération.

h) Cholécysectomie et drainage de l'hépatique, 10 cas, 2 morts. — Un malade mourut en trente-six heures, le vingt-troisième jour, avec des signes de péritonite. L'autopsie révéla une gangrène de l'angle gauche du côlon dont on ne put préciser l'origine. L'autre cas de mort concerne un malade à qui on avait enlevé un calcul de la vésicule un an auparavant. Persistance d'ictère et d'une fistule. Cholédotomie. Mort au bout de vingt-quatre heures d'hémorragies. A l'autopsie, nombreuses hémorragies dans les reins, les voies urinaires, la vessie, le tissu cellulaire sous-cutané.

Parmi les malades guéris, il y en a deux qui, au début, eurent des signes de shock très marqués.

Deux par leur fistule éliminèrent de nombreux calculs. Dans un de ces cas même, la fistule persistant, on fut obligé d'intervenir un an après; on retrouva encore plusieurs calculs dans le cholédoque (lithiase intra-hépatique). Dans tous les autres cas, les résultats éloignés furent excellents. Un malade à qui l'on avait fait en même temps une gastro-entéro-anastomose pour cancer du pylore eut une survie de cinq mois.

4° Lithiase et pancréatite, 5 cas, 3 morts. — Dans 5 cas, en même temps que la lithiase biliaire, il y avait des lésions pancréatiques.

Dans 3 cas, on notait la coexistence de cholécystite chronique et de pancréatite chronique; c'est à cette dernière lésion qu'était due l'ictère.

Dans un cas, cholécystostomie, extraction des calculs de la vésicule. Guérison sans fistule.

Dans un autre cas, on fit avec succès une cholécystentérostomie

Dans le troisième, le cystique était oblitéré. Kümmeleut donc recours à la cholédoco-duodénostomie après cholécystectomie. Le malade mourut de shock au bout de vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouva, en outre, un rétrécissement du cholédoque d'origine lithiasique.

Dans une quatrième observation, l'hépatique et le cholédoque étaient bourrés de calculs; le pancréas formait une tumeur qui

rendait toute anastomose impossible. Le malade mourut au bout de quatre jours

Enfin, dans un cas de lithiase vésiculaire, on observa en même temps une nécrose graisseuse du pancréas. Laparotomie exploratrice. Le malade mourut un mois après de péritonite, après avoir présenté une pleurésie gauche et une thrombose de l'artère iliaque externe droite.

5° *Cancer des voies biliaires*, 26 cas, 17 morts.

8 morts par collapsus :

2 (laparotomie exploratrice).

1 (ectomie).

1 (gastro-entéro-anastomose).

1 (pylorectomie et cholécotomie).

3 (cholécystentérostomie).

1 mort par embolie pulmonaire (ectomie).

1 — pneumonie (stomie).

1 — angiocholite (stomie).

1 — péritonite (laparotomie exploratrice, cancer perforé).

5 — cachexie, 1 à 8 semaines après (laparotomie exploratrice)

Statistique de Pauchet (Congrès de chirurgie, 1907).

Pauchet, d'Amiens, au Congrès de chirurgie (1907) a communiqué les résultats de 16 opérations de Kehr :

2 pour infection simple.

14 pour lithiase infectée ou non.

Chez 11 malades il y avait de l'ictère.

Ces 16 opérations ont donné 3 morts :

Dans un cas, le drainage fonctionna mal; le malade qui était atteint d'angiocholite infectieuse mourut de péritonite le douzième jour.

Dans un deuxième cas, Pauchet avait fait trois semaines auparavant un cholécystostomie en deux temps pour empyème de la vésicule. La fistule s'étant fermée, des accidents infectieux se déclarèrent, nécessitant une nouvelle intervention : cholécystec-

tomie et drainage de l'hépatique. Calcul dans la portion rétro-duodénale du cholédoque. Mort par hémorragie au bout de quarante-huit heures.

Dans un dernier cas, la mort fut le résultat d'accidents infectieux à la suite d'une injection poussée dans le drain. Injection au cinquième jour; mort huit jours après.

Trois autres opérations méritent une mention particulière.

Dans un cas, on observa, au quinzième jour, l'élimination de deux calculs intra-pancréatiques.

Dans un autre cas, on avait laissé un calcul dans le cholédoque, il y eut une récurrence au bout de cinq mois; cholédocotomie transduodénale. Guérison.

Dans le dernier enfin, il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans qui eut une intolérance gastrique post-opératoire absolue pendant cinq jours. Vomissements incoercibles, dépression, oligurie. En présence de ces symptômes, Pauchet eut recours à l'alimentation par la sonde cholédoco-duodénale. Toutes les heures ou toutes les deux heures, il fit introduire de l'eau sucrée ou de l'huile de façon à faire prendre 4 litres de liquide en vingt-quatre heures. Les urines devinrent immédiatement abondantes.

L'alimentation buccale fut reprise le sixième jour. Guérison.

Statistique d'Hartmann. — Les cas de lithiasé biliaire opérés par Hartmann ont été publiés récemment par l'auteur à la Société de Chirurgie de Paris et dans les thèses de ses élèves Hernet et Français.

On peut diviser ces observations en deux groupes, suivant qu'elles ont trait à des cas de lithiasé de la vésicule ou de lithiasé du cholédoque.

Interventions sur la vésicule.

A. Cholécystostomies. Cholécystectomies partielles, cysticotomies, 38 cas.

a) Il s'agissait 4 fois d'empyème aigu de la vésicule. Guérison dans les 4 cas. Une fois la fistule persista cinq semaines, et laissa échapper un calcul le cinquième jour; dans 2 autres cas, on dut faire l'excision de la fistule, en raison de sa persistance six mois après l'opération.

b) Chez 16 malades, il s'agissait de cholécystite chronique récidivante. Les suites immédiates ont presque toujours été des plus simples. A signaler seulement chez une malade quelques poussées de température et chez une autre, le retour de coliques hépatiques avec calcul dans les selles un et deux mois après l'opération.

Mais au point de vue des résultats éloignés, les résultats sont loin d'être aussi brillants.

Sur ces 16 malades, un n'a pas donné de ses nouvelles, 8 ont guéri sans avoir aucune complication et restent dans un état de santé satisfaisant. Un autre après avoir été bien pendant trois ans, accuse actuellement des douleurs abdominales. Trois, après avoir gardé une fistule trois ou quatre mois ont fini par guérir. Dans 1 cas, des calculs s'échappèrent par la fistule pendant deux mois; dans l'autre, on retira un fil qui entretenait la fistule.

Dans un autre cas, on essaya mais sans résultat de fermer la fistule, quatre mois après la cholécystostomie. Mais au bout de trois semaines, celle-ci s'étant fermée spontanément, la malade prit une péritonite et mourut.

2 autres malades, chez lesquels il y avait probablement des calculs du cholédoque, moururent, deux et trois ans après, d'accidents infectieux.

Enfin, un dernier malade qui était opéré déjà depuis trois ans, mourut en quelques jours d'un ictère grave à la suite d'un écart de régime.

c) Dans 14 cas, il s'agissait d'empyème chronique.

Dans 9 cas, la guérison se fit rapidement : une fois il y eut un abcès de la paroi; une autre fois, une poussée de température due probablement à l'angiocholite; dans 3 cas enfin, il persista une fistule qu'on fut ensuite obligé d'exciser pour arriver à la tarir.

Nous ne connaissons les résultats éloignés que de 10 malades. 2 sont morts de méningite d'origine otique ou de bacillose pulmonaire, deux et trois ans après leur guérison sans avoir présenté aucun accident du côté du foie; les autres sont restés guéris.

d) Dans 4 cas enfin, il s'agissait de cas complexes. Deux fois la vésicule perforée avait donné lieu à un phlegmon de la paroi, ou à un abcès périoduodéal, Incision de l'abcès et cholécy-

stostomie dans les 2 cas. Guérison, mais avec une récédive de douleurs dans 1 cas, deux ans après l'opération.

Une autre fois, en même temps qu'une cholécystite chronique, il y avait un abcès du droit indépendant de la vésicule. Guérison, mais au bout de deux ans, crise hépatique avec ictère.

Dans le dernier cas enfin, il s'agissait d'une femme diabétique, qui à la suite d'une ouverture spontanée d'un empyème à la paroi avait gardé une fistule. On lui fit une cholécystostomie; elle garda une fistule muqueuse, mais on jugea plus prudent de ne pas intervenir à nouveau chez elle à cause de son diabète.

B. Cholécystectomie, 13 cas.

L'ablation de la vésicule a été faite 9 fois pour cholécystite chronique simple, une fois pour hydropisie de la vésicule, 1 fois pour empyème. Dans les 2 derniers cas, il s'agissait de malades qui avaient déjà subi, l'une une cholécystostomie pour empyème aigu; elle avait gardé une fistule. L'autre avait été laparotomisée pour une péritonite suppurée à point de départ biliaire mais sans perforation; puis on lui avait incisé un abcès péricholécystique.

Dans 11 cas guérison sans incidents; dans le 12^e petit abcès de la paroi; dans le 13^e enfin, (cholécystite chronique) mort le troisième jour de collapsus. A l'autopsie, dilatation aiguë de l'estomac; pas de péritonite.

Au point de vue des résultats éloignés, il faut éliminer 2 malades qui ne sont opérés que depuis trop peu de temps.

7 sont complètement guéris. Une a eu quelques troubles gastriques. Une autre se plaint de quelques douleurs dans le côté droit lorsqu'elle travaille beaucoup. Enfin, la dernière est seulement sujette au hoquet depuis son opération.

2^e Interventions pour lithiase du cholédoque, 23 cas. — On peut diviser les opérations faites par Hartmann dans les trois catégories suivantes :

a) *Cholédotomie sans drainage de l'hépatique, 4 cas, 1 mort.* — Il s'agissait 2 fois de malades qui avaient été déjà cholécystostomisés et qui gardaient une fistule biliaire dont les tentatives de fermeture avaient échoué. Simple drainage au contact de l'incision.

Une malade ictérique depuis dix mois, qui avait eu des épi-

taxis 2 ou 3 fois, et qui avait maigri de 10 kilos mourut de collapsus le lendemain de l'opération. Une autre n'a pas donné de ses nouvelles.

Des 2 dernières, l'une a gardé une petite fistule dont l'écoulement est insignifiant, et l'autre est complètement guérie depuis quatre ans.

b) *Cholédotomies avec drainage de l'hépatique sans cholécystectomie*, 3 cas, 1 mort. — Un malade qui avait de l'angiocholite, de la cholémie et de l'albumine mourut le neuvième jour après avoir présenté de la fièvre et une parotidite double. Les 2 autres sont restés guéris.

c) *Cholédotomies avec drainage de l'hépatique et cholécystectomie*, 16 cas, 1 mort. — Dans un cas il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans qui avait de l'angiocholécystite calculeuse depuis huit ans. Signes d'insuffisance hépatique et morphinisme. Dès le lendemain de l'opération les urines deviennent rares, le malade meurt le troisième jour (pas d'autopsie).

Tous les autres malades ont guéri. Chez 3 on nota l'expulsion secondaire de calculs. Dans 3 cas, il y eut des complications pulmonaires (bronchite, pneumonie, pleurésie). Guérison dans ces 3 cas.

Quant aux résultats éloignés de l'intervention, 8 malades sont complètement guéris.

2 malades sont morts, l'un d'ictère grave six mois après l'opération, à la suite d'un écart de régime. L'autre d'abcès du foie. Il s'agissait d'une malade qui, huit mois après la première intervention eut une nouvelle obstruction du cholédoque. Elle fut opérée par Michon, qui trouva un calcul et qui lui fit un drainage de l'hépatique. Mort le septième jour, par abcès du foie.

3 autres malades ont eu encore une récurrence de douleurs et d'ictère. L'une guérit spontanément après avoir eu pendant quatre mois des crises douloureuses avec calculs dans les selles. Chez une autre, une seconde cholédotomie permit de retirer 3 calculs. Guérison. Dans le dernier cas enfin il s'agissait de pancréatite chronique. Drainage de l'hépatique. Guérison.

2 malades sont opérés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse parler de résultats définitifs.

Statistique de Quénu. — Quénu, dans la thèse de son élève Yaïch (Paris 1902) et à la Société de chirurgie de Paris 1906, a publié 14 observations de cholédocotomie.

Les suites de ces 14 interventions ont toutes été bonnes ; à signaler, seulement comme complications :

1 pleurésie putride ponctionnée et finalement terminée par vomique.

1 occlusion intestinale par adhérences, vingt jours après un drainage du cholédoque et de l'hépatique.

Statistique de Terrier (Th. de Guillaume-Louis et *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1906 et 1907).

11 observations de cholécystectomie avec drainage de l'hépatique, 1 mort par insuffisance de drainage. Péritonite suppurée.

Statistique de Lejars (Th. de Guénot, Paris 1906 et *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, 1906 et 1907.)

9 observations de cholécystectomie avec drainage de l'hépatique, 1 mort avec des signes d'urémie au septième jour. Anurie complète depuis le quatrième jour. Guérison dans tous les autres cas.

Statistique de Kehr (*Drei Jahre der Gallestein chirurgie*, Munich, 1908).

Kehr, à différentes reprises, a donné des statistiques opératoires ; mais nous ne donnons ici que la statistique générale de l'auteur arrêté au début de juin 1907. Nous étudierons ensuite les résultats des interventions pratiquées dans ces trois dernières années.

STATISTIQUE GÉNÉRALE

Au début de juin 1907, sur 1.164 malades, Kehr avait fait 1.258 laparotomies. Au cours d'ailleurs de l'intervention il fut souvent obligé de faire en même temps des opérations complexes. Ainsi, le nombre des différentes opérations pratiquées chez ces 1.164 malades s'élève à 2.166. Nous jugeons inutile d'énumérer ici ces diverses opérations. Il nous suffit de savoir que :

292 opérations conservatrices (cholécystostomie, cholécystendyse, cysticotomie) ont donné 5 morts, soit 1,8 pour 100.

293 cholécystectomies, 11 morts, soit 3,7 pour 100.

281 cholécotomies ou drainages de l'hépatique, 12 morts, soit 4,2 pour 100.

213 opérations complexes avec intervention pour complications de nature bénigne sur l'estomac, l'intestin, le foie, le pancréas, 35 morts, soit 16,5 pour 100.

179 opérations pour des mauvais cas, avec complications septiques ou néoplasiques, 148 morts, soit 82 pour 100.

Au total, 1.258 laparotomies avec 211 morts, ce qui fait une mortalité générale de 16,7 pour 100, et si l'on ne considère que les faits des trois premières catégories, ce qui permet de faire abstraction des cas où il y avait des complications bénignes ou malignes, on obtient 866 opérations avec 28 morts, soit 3,2 pour 100.

STATISTIQUE DE 1904 A 1906

Dans ces trois dernières années, Kehr a fait 312 laparotomies, mais il ne s'agissait que :

139 fois de lithiasse simple.

35 fois de lithiasse avec complications bénignes.

26 fois de lithiasse avec complications malignes.

10 fois d'opérations secondaires.

Dans les autres cas, il n'y avait pas de calculs. Adhérences simples, cholécystites non calculeuses, hépatoptose, ulcère d'estomac, kystes hydatiques, cancer du pancréas, etc. Nous ne nous occuperons que des 200 premiers cas.

1^o LITHIASE SIMPLE.

A. *Cholécystostomies*, 11 cas, 0 mort.

Dans 10 cas, cholécystostomie simple; dans le 11^e cholécystostomie et cysticotomie avec suture.

Dans ce dernier cas, le malade eut pendant cinq jours un peu de réaction péritonéale avec vomissements bilieux; lavages d'estomac répétés. Guérison. Dans tous les autres cas, guérison sans incidents, qu'il s'agisse d'une stomie avec fixation à la paroi ou d'un drainage à la Poppert.

Dans 2 cas, des calculs s'échappèrent spontanément par la fistule après l'opération et dans un de ceux-ci, par le lavage on put encore en ramener plusieurs. La fistule dura, en moyenne, quinze jours à six semaines.

B. *Cholécystectomies*, 61 cas, 4 morts. — Il s'agissait presque toujours de cholécystite chronique simple, quelquefois d'hydropisie ou d'empyème. Chez quelques malades, il venait d'y avoir une poussée aiguë, qui n'était pas complètement éteinte. La cholécystectomie a toujours été faite avec drainage de la plaie.

Dans 28 cas, Kehr fit en même temps une hépatopexie et dans 7, la résection complète du cystique.

Dans la moitié des cas, la guérison eut lieu sans incidents.

Huit malades ont eu, après l'opération, des vomissements bilieux ou noirâtres, qui furent traités par le lavage de l'estomac; trois ont présenté des complications pulmonaires diverses (bronchite, congestion, pneumonie) qui se sont terminées par la guérison. Une autre eut une phlébite gauche qui prit ensuite la jambe droite.

Dans 3 cas seulement on eut des complications du côté de la plaie : lymphangite ou suppuration.

Un cas de névralgie intercostale.

Une malade, enceinte de trois mois, eut un avortement peu après l'intervention. Enfin, chez une autre, il y eut une hémorragie de l'artère cystique au quatorzième jour : tamponnement avec de la gaze imbibée de gélatine. Cette hémorragie se reproduit encore trois et cinq jours plus tard. Guérison. Kehr dit, à propos de ce cas, qu'il n'a eu que 2 fois sur près de 400 cholécystectomies, des hémorragies graves dues à l'artère cystique.

Un malade mourut de péritonite le cinquième jour, un autre de collapsus le troisième jour; les deux derniers de complications

pulmonaires (une pneumonie au douzième jour chez un homme de soixante-trois ans; une embolie chez une femme de quarante et un ans, atteinte d'empyème de la vésicule).

C. Cholédocotomies avec drainage de l'hépatique, 60 cas, 1 mort.

La cholédocotomie n'a jamais été suivie de suture.

Dans un cas, on ne put mettre un drain dans le cholédoque et on se contenta d'un tamponnement.

Le drainage de l'hépatique a été combiné 48 fois à la cholécystectomie, une fois seulement à une cholécystostomie.

Dans 4 cas, Kehr fit le drainage du cholédoque.

Dans 6 enfin, le drainage du cholédoque et de l'hépatique.

Dans un cinquième des cas environ, hépatopexie.

Un seul malade mourut de pneumonie le vingt et unième jour.

Au point de vue clinique ou anatomo-pathologique, il s'agissait de lithiase du cholédoque dans un peu plus de la moitié des cas; dans les autres, il s'agissait soit de cholécystite chronique simple ou associée à une pancréatite (5 cas).

Dans un cas fort intéressant, il s'agissait d'un malade opéré par Bramann dix ans auparavant et chez lequel on avait fait une ectomie de la vésicule; malgré cela, la vésicule s'était reconstituée à peu près complètement et elle renfermait à nouveau des calculs.

Dans les 59 cas qui se sont terminés par la guérison, nous relevons les particularités suivantes : dans 12 cas, il restait des calculs ou de la boue biliaire, qui se sont éliminés spontanément ou qui ont été ramenés par le lavage de l'hépatique. Sept malades ont eu des vomissements qui ont été traités par le lavage de l'estomac. Un autre par le drain cholédocien, eut un écoulement de matières stercorales : Kehr ferma le drain avec une pince et cela suffit à arrêter toute espèce d'écoulement.

Chez trois opérés, il y eut des hémorragies secondaires au moment du pansement; mais elles furent facilement tarées par un bon tamponnement.

Comme complications pulmonaires, il faut signaler deux bronchites, deux pleurésies et deux pneumonies, qui ont d'ailleurs toutes parfaitement guéri.

Dans tous les autres cas, guérison sans incident; deux fois seulement, persistance d'une fistule plus de trois mois.

D. *Résection du cholédoque*, 2 cas. — Dans un cas, il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans qui avait conservé une fistule biliaire à la suite d'une cholécystectomie. A l'opération, on trouve un rétrécissement cicatriciel du cholédoque, que Kehr attribue à ce fait qu'on avait dû pincer le cholédoque latéralement dans la ligature de l'artère ou du conduit cystique. Résection du cholédoque. Suture termino-terminale du cholédoque et de l'hépatique. Guérison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une section accidentelle de l'hépatique au cours d'une ectomie de la vésicule. Le cystique était très adhérent au canal hépatique, d'où sa blessure. Suture du bout supérieur et du bout inférieur. Drainage de l'hépatique. Guérison.

E. *Cholédocoplastie*. — Dans un cas analogue où il s'agissait également de blessure opératoire du cholédoque, Kehr fit, avec succès, une cholédocoplastie, suivant le procédé de Heinecke-Mickulicz. Guérison après occlusion intestinale post-opératoire.

F. *Fistule muqueuse*. — Dans un cas enfin, il s'agissait d'une fistule muqueuse. Ablation d'un calcul du cystique. Guérison.

En résumé la mortalité dans ces 139 cas de lithiase pure est de 3, 6 pour 100. Sur 107 femmes opérées, il n'y a eu que deux morts (soit un peu plus de 2 pour 100); tandis que chez l'homme il y a eu 3 décès pour 32 opérations, ce qui fait plus de 9 pour 100).

2° LITHIASSE AVEC COMPLICATIONS BÉNIGNES, 35 cas, 9 morts.

A. *Lithiase et appendicite*, 12 cas, 1 mort. — Dans 12 cas où il y avait coexistence de lésions appendiculaires et vésiculaires, Kehr fit l'ablation et l'appendice en même temps qu'il traita les voies biliaires. De ce côté, il s'agissait toujours de cholécystite chronique, quelquefois à type d'empyème; le traitement employé dépendait de l'état des lésions, de la difficulté qu'il y avait à fixer la vésicule ou à l'enlever, etc. Au total ces interventions peuvent se grouper de la façon suivante :

Appendicectomie et cholécystostomie, 1 cas, une guérison. A noter l'expulsion secondaire de nombreux calculs par le lavage.

Appendicectomie et drainage de la vésicule à la Poppert, 1 cas. Hématémèses post-opératoires. Collapsus. Guérison.

Appendicectomie et cholécystectomie, 5 cas. Un malade eut pendant huit jours des crampes d'estomac violentes qui cédèrent lorsque le cystique qui avait été oblitéré devint perméable. On fit d'ailleurs en outre à ce moment une cholécystectomie secondaire (expulsion de 2 calculs). Dans un autre cas, phlébite de la jambe droite. Les 3 derniers malades ont guéri sans incident.

Cholécystostomie, appendicectomie, cysticotomie et cholédocotomie avec suture, 1 cas. Guérison.

Appendicectomie, cholécystectomie, cysticectomie, 2 cas. 2 guérisons.

Appendicectomie, cholécystectomie avec drainage de l'hépatique, 2 cas. Expulsion de nombreux calculs dans un cas. Dans l'autre, le malade mourut d'hématémèses le troisième jour. Pas de réaction péritonéale.

B. *Lithiase et fistules gastro-intestinales*, 8 cas, 1 mort. — Dans 8 cas, l'opération permit de reconnaître d'abord l'existence d'une communication anormale entre les voies biliaires et le tube digestif. Il s'agissait :

6 fois de fistule cholécysto-duodénale.

1 fois de fistule cholécysto-colique,

1 fois de fistule cystico-pylorique.

Dans cinq cas de fistule cholécysto-duodénale on fit d'abord l'opération de la vésicule et du duodénum, et ensuite la suture de l'intestin. Du côté des voies biliaires, Kehr fit deux fois la simple ectomie de la vésicule, et les autres fois la cholécystectomie avec drainage du cholédoque. Comme suites opératoires, un abcès de la paroi, une hémorragie au neuvième jour et une pneumonie, dont le malade mourut au dixième jour.

Dans un autre cas de fistule cholécysto-duodénale, la perte de substance était tellement grande qu'on aurait pu sans inconvénient en faire la suture : exclusion du pylore et gastro-entérostomie postérieure. Pneumonie. Guérison.

Chez le malade qui avait une fistule cholécysto-colique et chez lequel, après fermeture de la fistule intestinale, on fit une cholécystectomie avec cysticotomie. Guérison sans incident.

Thérapeutique analogue dans un cas de fistule cystico-pylorique. Suture de la fistule, cholécystectomie et drainage de l'hépatique. Guérison.

C. *Lithiase et ulcère du duodénum*. — Déchirure au cours

de l'opération; suture; cholécystectomie, drainage du cholédoque de l'hépatique. Mort de shock dans les vingt-quatre premières heures.

D. *Cholédoduodénostomie*, 4 cas, 1 mort. — Dans quatre cas où il s'agissait de calculs de l'ampoule, on eut recours à la duodénostomie. Dans tous les cas, on fit en même temps l'ablation de la vésicule et le drainage du cholédoque.

Guérison sans incidents dans trois cas; dans le quatrième, il s'agissait d'une femme affaiblie qui avait de l'angiocholite suppurée et qui mourut le deuxième jour, malgré le drainage de l'hépatique.

E. *Sténose pylorique et lithiase biliaire*, 2 cas, 1 mort. — Dans deux cas de sténose pylorique d'origine biliaire, Kehr fit, en outre de la cholécystectomie, une pyloroplastie dans un cas, et dans l'autre une gastro-entéro-anastomose avec jéjuno-jéjunostomie. Dans ce dernier cas, guérison sans incidents; dans le premier, mort par hémorragies gastriques répétées le quatrième jour. Il y avait deux ulcères sur la partie postérieure de l'estomac.

F. *Lithiase et éventration*, 1 cas, 1 mort. — Il s'agissait d'une femme laparotomisée il y a douze ans pour une tumeur de l'ovaire. Eventration à la partie supérieure de la cicatrice, douloureuse et incomplètement réductible. Cure radicale et cholécystectomie; mort de collapsus le quatrième jour.

G. *Lithiase et kyste hydatique*, 1 cas. — Chez un homme de cinquante-deux ans, qui avait une lithiase de la vésicule avec un ancien kyste hydatique du lobe carré, on fit une ectomie et une résection hépatique, car on jugeait qu'il s'agissait d'une tumeur. L'examen histologique révéla la nature véritable des lésions. Guérison.

H. *Lithiase et dégénérescence kystique du rein*, 1 cas. — Chez un homme de quarante-deux ans qui avait un empyème de la vésicule, on fit un simple drainage, car la vésicule, trop profonde, ne pouvait être ni enlevée ni fixée à la paroi. Il y avait en outre une dégénérescence kystique du rein, mais comme les lésions étaient bilatérales, on ne fit aucune intervention de ce côté.

I. *Lithiase et pancréatite aiguë*. — Nous avons signalé plus haut la coexistence de lithiase et de pancréatite chronique.

Beaucoup plus grave est le pronostic lorsqu'il y a des lésions pancréatiques aiguës. La statistique de Kehr donne 4 cas avec 2 morts.

Une fois, il s'agissait de lithiasé avec pancréatite aiguë se traduisant par un épanchement purulent dans l'arrière-cavité des épiploons. Ectomie, drainage de l'hépatique. Drainage de l'arrière cavité. Guérison.

Dans les trois autres cas, il s'agissait de nécrose du pancréas avec abcès de l'arrière-cavité. On fit une fois la cholécystectomie et la fixation du pancréas à la paroi; drainage. Mort de péritonite.

Dans le deuxième cas, cholécystogastrostomie pour parer à la rétention biliaire et drainage de l'abcès. Mort le deuxième jour de collapsus et d'inanition.

Dans le troisième cas, qui fut traité par l'ouverture et le drainage de l'abcès et la cholécystostomie, il persista une fistule biliaire et pancréatique. Kehr fit secondairement et avec succès une première anastomose entre la poche pancréatique et la vésicule, et une deuxième entre la vésicule et l'estomac.

J. Perforation de la vésicule et péritonite généralisée, 1 cas, 1 mort.

3° LITHIASÉ AVEC COMPLICATIONS MALIGNES.

A. Cancer du foie. — Cancer de la vésicule avec calculs et cancer du foie, 2 cas.

Une stomie. Survie de quelques mois.

Une ectomie avec résection hépatique. Ablation incomplète. Guérison opératoire.

B. Cancer de la vésicule, 5 cas, 3 morts. — On a fait une simple cholécystostomie deux fois. Deux morts au bout de six et vingt-neuf jours.

Dans un troisième cas, résection de la vésicule et du foie, résection du pylôre et drainage de l'hépatique. Guérison opératoire.

Dans le quatrième, il s'agit d'une malade qui, un an avant, avait subi une cholécystostomie. Drainage d'une vésicule cancéreuse ouverte à la paroi. Mort au bout de six jours.

Dans le dernier, enfin, on était en présence d'une vésicule cancéreuse adhérente au côlon et de calculs de l'hépatique.

Kehr fit successivement la résection de la vésicule et du côlon, le drainage de l'hépatique et un anus colique. Cinq semaines après, fermeture de la fistule. Sept mois après, la malade était dans un bon état; mais Kehr n'a plus eu ensuite de ses nouvelles.

C. *Cancer du cholédoque*, 2 cas, 2 morts. — Dans un cas de cancer du cholédoque avec lithiase, hépaticotomie; mort au bout de trois semaines. Dans l'autre, il y avait un empyème de la vésicule avec péricholécystite suppurée. Drainage et cholécystostomie. Mort au bout de trois jours.

D. *Cancer du pancréas*, 4 cas, 3 morts. — Dans deux cas, on avait fait une cholécystogastrostomie et dans un une simple cholécystostomie. Mort au bout de peu de temps.

Dans le dernier cas, cholécystectomie et cholédoco-duodénostomie. La malade sort améliorée.

E. *Tuberculose du cholédoque*. — Il s'agissait d'un rétrécissement tuberculeux du cholédoque.

Cholécystectomie et drainage de l'hépatique. Mort au bout de deux mois (tuberculose du péritoine).

F. *Lithiase intra-hépatique*, 2 cas, 2 morts. — Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique.

Un mort par hémorragie au quinzième jour.

Un mort par angiocholite au dix-huitième jour.

G. *Angiocholite diffuse et cholémie*, 4 cas, 4 morts. — Cholécystectomie et drainage de l'hépatique. Mort de quatre à sept jours après l'opération.

H. *Cirrhose biliaire*, 5 cas, 5 morts.

Drainage de l'hépatique seul 1 fois.

— avec stomie 2 fois.

— avec ectomie 2 fois.

I. *Lithiase et tuberculose rénale*. — Chez un malade à qui l'on avait fait un drainage de la vésicule pour cholécystite calculieuse. Mort d'urémie. A l'autopsie, tuberculose rénale.

4° OPÉRATIONS SECONDAIRES.

A. Dans 4 cas de *fistule muqueuse persistante*, on fit deux fois une cysticotomie. Deux fois une cholécystectomie. Une de ces dernières opérées mourut de péritonite. Dans tous les autres cas, guérison sans incident.

B. *Drainage de l'hépatique secondaire*. — Dans six cas, il

s'agissait de malades chez lesquels on intervenait pour la deuxième fois.

Dans trois cas, il s'agissait de malades opérés en dehors. Chez deux on avait fait, il y a plus ou moins longtemps, une cholécystostomie. Chez le troisième, une simple libération d'adhérences. Récidive de coliques avec ictère ; cholécystectomie et drainage de l'hépatique dans les 3 cas. Une guérison, deux morts.

Le quatrième cas concerne un malade qui, à la suite d'une cholécystostomie, présenta une fistule colique. Fermeture de la fistule, drainage du cholédoque. Mort.

Dans les deux derniers, il s'agissait de malades qui avaient déjà subi une cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Il persistait un calcul du cholédoque qui nécessita une nouvelle cholédocotomie. Mort.

En résumé :

Cas de lithiasé avec complications bénignes :

35 cas, 9 morts = 25 pour 100 de mortalité.

Cas de lithiasé avec complications malignes :

26 cas, 21 morts = 80 pour 100.

Opérations secondaires :

10 cas, 6 morts, = 60 pour 100.

CONCLUSIONS

I. Pendant longtemps, on a considéré la lithiase biliaire comme le résultat d'une maladie de la nutrition et on a réservé le traitement chirurgical aux complications qui sont susceptibles de se développer au cours de son évolution. Les données actuelles sur l'étiologie de la cholélithiase, en montrant l'origine infectieuse des calculs ont conduit les chirurgiens à être beaucoup plus interventionnistes.

II. Au point de vue de son évolution, on peut distinguer trois phases dans le développement de la lithiase :

Phase vésiculaire,

Phase cholédocienne,

Phase hépatique,

Les résultats obtenus par le traitement chirurgical montrent qu'il ne faut pas attendre que les calculs se soient engagés dans les voies profondes pour intervenir. Les accidents, auxquels sont voués les malades atteints de calculs justifient, d'ailleurs, pleinement cette opération précoce.

III. Dans la lithiase vésiculaire, qu'il s'agisse de

cholécystites aiguës ou chroniques, le traitement de choix, c'est la cholécystectomie car, dans la majorité des cas, il existe des lésions de la vésicule, qui empêchent d'en faire la conservation. La cholécystostomie et la cholécystendyse doivent être des opérations exceptionnelles.

IV. Dans la lithiase du cholédoque, il ne faut pas attendre, comme on le fait généralement, qu'il y ait des signes d'insuffisance hépatique pour intervenir. Le traitement de choix, c'est la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique.

V. Qu'on fasse une cholécystectomie simple, ou qu'on la combine avec une intervention sur les voies principales, il faut faire le drainage des voies biliaires. Nous avons montré que la cholécystostomie ou la cholécystectomie idéales étaient rarement applicables.

VI. Dans le traitement de la lithiase simple, toutes les fois que la chose est possible, c'est à la cholécystectomie sous-séreuse, qu'il faut donner la préférence. Elle permet de libérer facilement les organes voisins et donne des lambeaux péritonéaux, qui laissent la facilité de péritoniser la fossette cystique et de faire une véritable exclusion du champ opératoire.

VII. L'hépatopexie, que Kehr fait après un grand nombre d'interventions pour faciliter le drainage des voies biliaires, me paraît avoir aussi un rôle dans l'amélioration des résultats éloignés.

VIII. Diverses complications intra ou extra-hépatiques peuvent se développer pendant le cours de la lithiase biliaire. Elles entraînent souvent un traitement d'urgence (péritonites, iléus, pancréatites aiguës, etc.). D'autres fois, elles nécessitent des opérations concomitantes ou secondaires sur l'intestin, l'appendice, l'estomac, etc.

IX. Enfin, le cancer des voies biliaires est souvent secondaire à la lithiase. Pour le cancer de la vésicule, le traitement doit consister en une large exérèse avec résection hépatique, et recherche des ganglions.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PONCET.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESSSEUR :
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 juin 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Je donne *exclusivement* les indications bibliographiques des principaux travaux que j'ai consultés depuis 1897. Pour les faits antérieurs à cette époque, je me suis surtout servi des travaux de Courvoisier (*Statistische Beiträge zur Path. und Chir. der Gallenwege*, Bâle, 1890) et de Langenbuch (*Deutsche Chirurgie*, 1897).

ADENOT, La cholécystite à forme d'appendicite (*Lyon médical*, 1901, n° 7-8).

ALBERTIN et MAIRE, Cancer de la vésicule biliaire (*Lyon médical*, 1908).

ANDREWS, Real and apparent recurrences after gall-stone operations (*Annals of surgery*, juli 1902).

ARDOUIN, Lithiase biliaire. Calcul enclavé dans le cholédoque. Cholécotomie et cholécystotomie. Guérison. Rapport de Guinard (*Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1903, n° 19).

ARNSPERGER, Ueber die mit Gallensteinsymptomen verlaufende chronische Pankreatitis (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1904, Bd. XLIII, p. 235).

— Die chirurgische Bedeutung des Ikterus (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1905).

ARROU, Drainage des voies biliaires (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1904, n° 21).

V. ARX, Ueber Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle (*Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1902, n° 19).

AUERBACH (Max), Ueber Verschluss des Ductus choledochus an seinem untersten Abschnitte durch bösartige Tumoren (Inaug. Diss., Leipzig, 1899).

AYNAUD, Cancres de l'ampoule de Vater (*Revue générale. Gazette des hôpitaux*, 1907).

BALDASSARI (L.) et GARDINI (A.), Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Perforationen und Zerreissungen der Gallenblase (*Münch. med. Wochenschr.*, 1902, n° 49).

— Contributo sperimentale alla chirurgia della cisti fellea (*Riforma medica*, 1903, n° 31).

- AZÉMA et SERR, Cancer primitif de la vésicule et lithiase biliaire (*Toulouse médical*, IX, 140).
- VON BARDELEBEN, *Erfahrungen über Cholecystektomie und Cholecystenterostomie, nach 286 Gallensteinoper.*, G. Fischer, Jéna, 1906.
- Verzeichnis der Litteratur der Pathologie der Gallenblase und der Gallenwege, seit Langenbuch 1897 (*Cent. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1907).
- BARNARD, Intestinal obstruction due to gall-stones (*Annals of surgery*, Aug. 1902).
- BARTH, *Intra-hepatische Cholelithiasis und deren Behandlung durch langdauernde Hepaticusdrainage* (Inaug. Dissert., Leipsick, 1907).
- BEER, Intrahepatische Cholelithiasis (*Langenbecks Archiv.*, Bd. LXXIV, H. 1, 1904).
- BEHUREL, *Traitement des fistules biliaires* (thèse, Paris, 1905-1906).
- BENNING (W.), *Ueber Gallensteinileus* (Inaug. Dissert., Leipzig, 1905).
- BÉRARD, Cholécystite calculeuse ouverte spontanément dans l'estomac et à la paroi abdominale; intervention; guérison Société de chirurgie; *Lyon médical*, 1903, n° 51).
- Cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon; *Lyon médical*, 1903).
- Cholécystite calculeuse avec perforation de la vésicule (*Lyon médical*, 1906).
- Opération de Kehr (*Id.*, 1907).
- BERG (New-York), Retroduodenale Choledochotomie zur Entfernung von eingekeilten Gallensteinen aus dem retroduodenalen und papillaren Teile des Ductus communis (*Centralblatt für Chirurgie*, 1903, n° 27).
- Surgical treatment of choelolithiasis (*Annals of surgery*, sept. 1903).
- BERGER, Die Hepaticusdrainage (*Langenbecks Archiv*, 1903, Bd. LXIX, H. 1 u. 2).
- V. BERGMANN (A.), Zur Chirurgie der Gallenwege (*St-Petersb. med. Wochenschr.*, 1899, n° 43 u. 44).
- BERNARD (Alfred), *Du cancer primitif de la vésicule biliaire considéré comme complication de la lithiase* (thèse de Lyon, 1897).
- BERNARD (Léon), Les indications thérapeutiques de la conception nouvelle de la cholélithiase (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1906).
- BERNDT, Zur Lagerung der Patienten bei Operationen an den Gallengängen (*Münch. med. Wochenschr.*, 1902, n° 8).
- BERTHOLD (G.), *Zur Geschichte des primären Gallenblasenkrebses, mit Berücksichtigung eines speziellen Falles* (Inaug. Diss., München, 1905).
- DE BEULE, Cholécystectomie et drainage de l'hépatique (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 1907).
- BLAND SUTTON, *Diseases of the Gall Bladder and Bile Ducts*, London, 1907.
- BOGDANIK, Darmverschluss bei Cholelithiasis (*Wiener med. Presse*, 1902, n° 45).

- BONAMY (E.), *Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire* (thèse de Paris, 1901).
- BORDES, *Perforations péritonéales de la vésicule calculeuse* (thèse de Lyon, 1906).
- BOUTRY (Ernest-Claudius), *Des fistules cutanées de la vésicule biliaire* (thèse de Lyon, 1902).
- BOUVIER, *Drainage de l'hépatique* (thèse de Paris, 1905).
- BRENNER (Martin), *Ueber das primäre Carcinom des Ductus choledochus* (Inaug. Dissert., Heidelberg, 1899).
- BRET, Du cancer primitif de la vésicule biliaire considéré comme explication de la lithiase (*Lyon médical*, 1898, n° 37).
- BRICKA (Léon), *Des perforations spontanées de la vésicule biliaire* (thèse de Lyon, 1899).
- BRUEGEL (Paul), *Ein Fall von Pyämie im Anschluss an einen subphrenischen Abscess bei chronischer Cholelithiasis* (Inaug. Dissert., Erlangen, 1902).
- BRUENING (A.), *Beitrag zur Frage der Choledochotomie an der Hand von 100 operierten Fällen* (thèse Giessen, 1905).
- BUFFÉ, *Cholécystectomie sous-séreuse* (thèse de Lyon, 1907).
- CARL (R.), *Ueber Darmverschluss durch Gallensteine* (Inaug. Diss., Freiburg, 1905).
- CARNOT et HARVIER, *Cancer de l'ampoule de Vater* (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1906).
- CASTAING (Paul), *Etude sur les complications de la lithiase biliaire au point de vue chirurgical* (thèse de Toulouse, 1899).
- CHAMBRAS, *Les cancers de l'ampoule de Vater* (thèse de Paris, 1907).
- CHAUFFARD, Des indications thérapeutiques dans la cholélithiase infectée (*Semaine médicale*, 1904, n° 3).
- La lithiase du cholédoque (*Semaine médicale*, 1906).
- CHAVANNAZ, Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire (*Gaz. hebdom.*, 1901, n° 61).
- CLÉMENT (Gustave), *Contribution à l'étude de la chirurgie des voies biliaires* (thèse de Lausanne, 1904).
- COLLEYE, *De la mobilisation des fascias d'accolement en chirurgie abdominale* (thèse de Lyon, 1907-1908, n° 63).
- COURVOISIER, Die Behandlung der Cholelithiasis (*Corr.-Blatt f. Schw. Aertze*, 1903).
- COYON, Du moment de l'intervention chirurgicale dans les ictères d'origine lithiasique (*Presse médicale*, 1902, n° 71).
- DAVIS (Byron-B.), Indications for cholecystectomy (*Journal of Amer. Med. Assoc.*, 1903, 20 juin).
- DEAVER, Surgery of the biliary passages (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1899, 22 avril).
- The treatment of the complications attendant upon chronic gallstone disease (*Annals of surgery*, oct. 1903).
- Hepatic drainage (*Brit. Med. Journ.*, 1904, n° 2283, p. 821).
- DELAGÉNIÈRE, Technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase (*Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie*, 1899).
- Chirurgie du canal hépatique (*Id.*, 1904).
- Contribution à la chirurgie du pancréas, d'après 10 observations (*Archives provinciales de chirurgie*, 1906).

- DELAGENIÈRE, Cholécystentérostomie en Y (*Archives provinciales de chirurgie*, 1906).
- DELBET, Suture du cholédoque (*Bulletin Société de chirurgie*, 1904).
- DESJARDINS, *Etude sur les pancréatites* (thèse de Paris, 1905).
- Contribution à l'étude de la pancréatectomie cervicale (*Revue de chirurgie*, 1907).
- DEVIC et GALLAVARDIN, Cancer des voies biliaires (*Revue de médecine*, 1901).
- DIANCOURT (Marcel), *Contribution à l'étude de l'ouverture pariétale des cholécystites suppurées* (thèse de Paris, 1901).
- DIEU, *Etude sur les angiocholites non suppurées* (thèse de Paris, 1901-1902).
- DIEULAFOY, Cholécystite et appendicite (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1903).
- DOYEN, *Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire* (Congrès de chirurgie, Paris, 1899).
- DUPLAY, L'ictère chronique et son traitement chirurgical (*Médecine moderne*, 1899, n° 46).
- DURAND, Cholécystite calculeuse aiguë; cholécystostomie; fistule muqueuse guérie spontanément au bout d'un an (Société des sciences médicales; *Lyon médical*, 1903, n° 29).
- Trois cas de cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon médical*, 1905).
- Un cas d'opération de Kehr (*Lyon médical*, 1907).
- DURET, *Les lithiases biliaires latentes et leur traitement chirurgical* (Onzième Congrès de chirurgie, 1897).
- EHRHARDT, Zur Ätiologie der Recidive und Pseudo-Recidive nach Gallensteinoperationen (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1907).
- EHRET et STOLZ, Zur Lehre des entzündlichen Stauungsikterus bei der Cholelithiasis (*Mittteil. a. d. Grenzgeb.*, 1902, Bd. X, H. 1 u. 2).
- EHRET, Le diagnostic du siège des calculs biliaires (*Semaine médicale*, 1903, n° 1).
- EHRET (H.), Zur Diagnostik der Choledochussteine (*Münchener med. Wochenschr.*, 1906, n° 3).
- EICHLER (F.), Zur Kasuistik der Bronchus-Gallengangsfisteln (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1905).
- END (Friedrich), *Ueber den Wert der Drainage des Choledochus* (Inaug. Diss., Freiburg, 1902).
- ENDERLEN et JUSTI, Ueber die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defekten der Gallenblase durch transplantiertes Netz (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1901, Bd. LXI, H. 3 u. 4).
- ENDERLEN et ZUMSTEIN, Ein Beitrag zur Hepato-Cholangio-Enterostomie und zur Anatomie der Gallengänge (*Mittteil. aus d. Grenzgeb.*, 1904, XIV, 1, 2).
- ERDMANN, Cholecystectomy with a report of twenty seven cases (*N.-Y. med. J.*, 1906).
- ESCHENHAGEN, Ueber einen Fall von Fistelbildung zwischen den Gallenwegen und einem Bronchus (*Dtsch. med. Woch.*, 1902, n° 30).
- EWALD (K.), Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit (*Wiener med. Presse*, 1906, n° 5).

- FAURE, Maladies du foie (*Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet*).
- FIELTZ (Johannes), *Die operative Behandlung der Gallensteinkrankheit und ihre Erfolge in der Klinik des Herrn Prof. von Bramann* (Diss., Halle, 1900).
- FINK F. (Karlsbad), *Zur Frage : Wann sind Gallensteinkranke zu operieren?* (Hirschwald, Berlin, 1899).
- Ein Beitrag zu den Ursachen unvollständiger Gallensteinoperationen (*Prager med. Wochenschr.*, 1902, n° 39).
 - Zu Riedel's und Kehr's Ansichten über Pathologie und Therapie des Gallensteinleidens (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1903, n° 27).
 - Der komplizierte akute Choledochusverschluss (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1903, n° 49).
 - Ein zweiter Beitrag zu den Erfolgen einer einmaligen Kur in Karlsbad beim Gallensteinleiden (*Berliner klin. Woch.*, 1905, n° 42).
 - Bericht über weitere 50 operierte Gallensteinkranke (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1905, n° 48).
- FLECK, Ueber den Durchbruch eines Gallensteines in den Magen (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1903, n° 47).
- FLEISCHHAUER, Ueber Pylorusstenose durch Gallensteine (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1899, p. 273).
- FLEYS (J.-P.), *Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires dans le péritoine* (thèse de Paris, 1899).
- FRANÇAIS, *Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque* (thèse de Paris, 1906).
- FRIEDHEIM (E.), Ueber primären Krebs der Leber, Gallengänge und Gallenblase (*Beiträge z. klin. Chir.*, Bd XLIV, p. 188).
- GARBARINI, *Il tumore maligno del fegato e delle vie biliari* (Parma, 1907).
- GARIN (Paul-Marcel), *Contribution à l'étude des complications de la lithiase biliaire (occlusion intestinale)* (thèse de Paris, 1897).
- GARTNER, *Cholécystenterostomie* (thèse de Leipsick, 1903).
- GARRÉ, Ein Fall von spontaner Ruptur der Gallenblase in die freie Bauchhöhle (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, n° 1).
- GOLDAMMER, Chirurgie der Gallenwege (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1907).
- GOUILLOU, Deux cas de cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon médical*, 1904).
- Un cas de cholécystectomie sous-séreuse (*Id.*, 1905).
- GUÉNIOT (Paul), *Etude sur la lithiase vésiculaire. Ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical* (thèse de Paris, 1903).
- GUÉNOT, *Le drainage temporaire des voies biliaires* (thèse de Paris, 1905).
- GUILLAUME LOUIS, *De la cholédocotomie* (thèse de Paris, 1906).
- GUILLEMEN (Marie-Joseph), *Etude clinique sur la cholécystite calculueuse* (thèse de Paris, 1899).
- HAASLER, Ueber Choledochotomie (*Arch. für klin. Chir.*, 1899, Bd. LVIII, H. 2).
- Uber Cholecystektomie (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907).

- HABERER et CLAIRMONT, Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Cysticusstumpfes nach der Cholecystektomie (*Langenbecks Archiv*, 1904, Bd. XXIII, n° 3).
- HÄNI (Albert), *Ueber das primäre Carcinom der Gallenwege* (Inaug. Diss., Zürich, 1902).
- HAGEN (Karl), *Zur Kasuistik und Therapie der primären Carcinome des Ductus choledochus* (Inaug. Diss., Kiel, 1902).
- HANCOCK, The value and place of duodenocholedochotomy in gallstone surgery (*Annals of surgery*, 1906, jan.).
- HARTMANN, A propos de la lithiase biliaire (*Bull. Soc. chir.*, 1903).
 — A propos de la suture du cholédoque (*Id.*, 1904).
 — Drainage des voies biliaires (*Id.*, 1905).
- HEIDENHEIM (Thilo), *Die Erfolge der Gallensteinoperationen* (Inaug. Diss., Bonn, 1903).
- HEINRICHS (Hugo), *Ein Fall von primären Gallenblasenkrebs* (Inaug. Diss., Kiel, 1901).
- HERNETTE, *Résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie* (thèse de Paris, 1907).
- HERRMANN (W.), *Ueber Gallensteinileus* (Inaug. Diss., Iéna, 1904).
- HILDEBRAND (O.), Beiträge zur operativen Chirurgie (Zur Cholecystogastrostomie), Jubiläumsband König (*Langenbecks Archiv.*, 1902, Bd. LXVI).
 — Ein weiterer Beitrag zur Cholecystogastrostomie (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1903, Bd. LXVI, H. 5 u. 6).
- HIRSCHBERG, Die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch die Anlegung einer Lebergallengangsfistel (*Berliner Klin.*, 1902, H. 172, Okt.).
- HOCHENEGG, Ein Fall von Perforation der Gallenblase gegen die freie Bauchhöhle. Geheilt durch Operation (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1899, n° 21).
- HOENIGHAUS (Jos.), *Ueber die operative Entfernung von Gallensteinen aus dem Ductus choledochus (Choledochotomie)* (Inaug. Diss., Erlangen, 1903).
- HOUDARD, *Troubles dyspeptiques et lithiase biliaire* (thèse de Paris, 1904).
- HOUDRY (Léopold), *Des hémorragies intestinales dans la lithiase biliaire* (thèse de Paris, 1898).
- HOUSSIN *Cancer primitif de l'hépatique* (thèse de Lille, 1906).
- INGELRANS, Cancer du canal hépatique (*Archives générales de médecine* 1902).
- JABOULAY, *Leçons de clinique chirurgicale*, A. Maloine, 1904.
 — *Cholécystogastrostomie* (thèse Perrin, Lyon, 1903).
 — *Calcul du cholédoque. Insuffisance hépatique. Cholédodotomie. Guérison* (Société de médecine, malade présenté par M. Caaillon; *Lyon médical*, 1903).
 — *Traitement alimentaire de la fistule biliaire* (Société de chirurgie de Lyon; *Lyon médical*, 1902).
- JACOMET (Albert), *Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle* (thèse de Paris, 1901).
- JAPHA (Arnold), *Fettgewebsnekrose und Cholelithiasis* (Inaug. Diss. Königsberg, 1901).
- KARTLUEKE (Friedr.), *Ueber Gallenblasen- und Harnblasenfisteln* (Inaug. Diss., Bonn, 1903).

- KATZ (Willy), *Der Zusammenhang von Pankreas- und Fettnekrose mit Cholelithiasis* (Inaug. Diss., Greifswald, 1906).
- KEHR, *Handbuch der prakt. Chir.*, 1903.
- *Technik der Gallenstein operationen*, München, 1908.
- *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallenstein-krankheit*, München, 1906.
- *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*, München, 1908.
- KEIL (E.), *Beitrag zur Gallensteinchirurgie* (Inaug. Diss., Leipzig, 1905).
- KELLER (Konrad), *Ein Fall von primären Krebs der Gallenblasenhalses* (Inaug. Diss., München, 1903).
- KLAUBER, *Gallenbronchusfisteln* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907).
- KOCHER et MATTI, *Über 100 Operationen an den Gallenwegen mit Berücksichtigung der Dauererfolge* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1906).
- KÖNIG (Fritz), *Gallenblasenperforation* (Aerztl. Verein in Hamburg, *Münchener med. Wochenschr.*, 1901, n° 46).
- KOERBER (Hans), *Ueber primäres Carcinom der Gallenausfüh- gänge* (Inaug. Diss., München, 1902).
- KÖRTE, *Beiträge zur Chirurgie der Gallenblase und der Leber* Berlin, 1905, Hirschwald.
- KOESTER (Heinr.), *Ueber den Zusammenhang zwischen Choleli- thiasis und Fettnekrose* (Inaug. Diss., Greifswald, 1901).
- KOLLECKER (E.), *Ein Fall von Gallensteinileus* (Inaug. Diss., Kiel, 1905).
- KRAMER, *Über gutartige Pylorusstenose* (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1906).
- KUKULA, *Über die chirurg. Therapie der Cholelithiasis* (*Wiener klin. Rundschau*, 1907).
- LAFOSSES, *Diagnostic et traitement des pancréatites aiguës* (thèse de Paris, 1907).
- LAGOUTTE, *Deux observations d'obstruction calculeuse du cholédo- que* (Société de chirurgie; *Lyon médical*, 1903, n° 28).
- LANGENBUCH (K.-J.-A.), *Chirurgie der Leber und Gallenblase*, Stutt- gart 1897 (*Deutsch. Chirurgie*, Lfg. 45 c).
- LAPOINTE et RAYMOND, *Le cancer du canal hépatique et du con- fluent hépatico-cystique* (*Archives générales de chirurgie*, 1908).
- MAC LAREN, *The surgical importance of jaundice* (*Medical News*, 1900, 17 nov.).
- LASPEYRES, *Das Carcinom der Gallenblase mit besonderer Be- rücksichtigung der Frühdiagnose. Zusammenfassendes Re- ferat auf Grund der Literatur der letzten 10 Jahre* (*Centr. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1901, n° 1).
- LAUENSTEIN (K.), *Der « Ventilverschluss » in den Gallenwegen durch Steine und seine Folgezustände* (*Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 29).
- LE BEC et MULLER, *Infiltration de calculs biliaires dans le py- lore. Sténose pylorique. Pylorotomie. Mort.* (*Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1903, n° 1).
- LECLERC, *Sur un cas d'obstruction calculeuse du canal cholédoque* (*Lyon médical*, 1903, n° 18).
- LECLERC et THIERS, *Rétrécissement sous-pylorique par coudure de l'angle duodénal avec calcul biliaire enchassé dans la*

- portion supérieure du duodénum (Société médicale des hôpitaux de Lyon; *Lyon médical*, 1904, n° 6).
- LEDIARD, Perforations of the gall-bladder; Treatment by invagination (*The Lancet*, 1903, 4 juli).
- LEFMANN Ueber Duodenotomie zur Entfernung von Gallensteinen (*Beitr. z. klin. Chir.* 1904, Bd XLII, H. 2).
- LEGUEU, Cholécotomie (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1903).
- LEJARS, Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase (*Semaine médicale*, 1902).
- Le drainage du canal hépatique (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1904).
- Résultats immédiats et éloignés de l'intervention dans les cholécystites calculeuses (Congrès de chirurgie, 1899).
- LEJONNE et MILANOFF, Cancer primitif de la vésicule biliaire (*Bulletin et Mémoires de la Société anatomique*, 1900, n° 2).
- LE ROY, De la progression des gros calculs biliaires et de leur expulsion dans le tube digestif par les voies normales (thèse de Paris, 1902).
- LÉVY (André-Abraham), Essai sur la cholécysto-appendicite; association de la cholécystite et de l'appendicite (thèse de Nancy, 1904).
- LIEBOLD, Réfection plastique du cholédoque au moyen de la vésicule biliaire (*Zent. f. Chir.*, 1908).
- LILIENTHAL, Primary cholecystectomy scope, method and results (*Annals of surgery*, juli 1904).
- Drainage in operations upon the biliary system (N.-Y.).
- LINOSSIER, Indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase (Société médicale des hôpitaux, Paris, 1906).
- LÖBKER (K.), Erfahrungen auf den Gebieten der Pathologie und chirurgischen Therapie der Cholelithiasis (*Münch. med. Wochenschr.*, 1898, n° 40, et *Mittell. aus d. Grenzgeb.*, 1899, Bd. IV, H. 1).
- LORENZ (H.), Mobilisierung des Duodenum und Eingriff am Gallensystem (*Centrabl. f. Chir.*, 1903, n° 21).
- LUECKE (Rudolf), Der heutige Stand der operativen Behandlung der Cholelithiasis nebst kasuistischen Beiträgen (Inaug. Diss., München, 1899).
- MARX (W.), Les cholécystostomies à la clinique d'Heidelberg de 1901 à 1906 (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1908).
- MARCHAIS, Sténoses pyloriques d'origine biliaire (thèse de Paris, 1898).
- MARWEDEL, Wanderniere und Gallenteine (*Bruns' Arch.*, 1902, Bd. XXXIV).
- MATHIEU, Rétrécissement des voies biliaires principales (*Revue de chirurgie*, 1908).
- MAUCLAIRE, Drainage du canal hépatique pour lithiase du cholédoque (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 23 octobre 1907).
- MAYO (Ch. et W.), A review of 1500 operations for gallstones diseases with special reference to the mortality (*Ann. of Surg.*, 1906).
- MÉRIEL, Un nouveau cas d'hépatotomie pour calcul (*Archives provinciales*, 1903, n° 10).
- MERK (Adalbert), Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gal-

- lensteine (Inaug. Diss., Heidelberg, 1902; *Mittell. a. d. Grenzgeb.*, 1902, Bd IX, H. 4 u. 5).
- MICHAUX, Chirurgie du cholédoque (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1900).
- MILHIET, *De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire* (thèse de Paris, 1902).
- MICHEL et GROSS, Péritonites de l'arrière-cavité des épiploons (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903).
- MOHR (H.), Ueber Recidive nach Operationen an den Gallenwegen (*Samml. klin. von. Volkmann*, N. F., n° 309, 1901).
- MOLLER, *Complicationen der Chole lithiasis mit Pylorus-Stenose und Gallen-Pylorus Fisteln* (thèse de Munich, 1905-1906).
- MONGOUR, Du moment de l'intervention chirurgicale dans les icteres lithiasiques (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1902).
- *Précis des maladies du foie*, O. Doin, Paris, 1905.
- MONPROFIT, La cholécystentérostomie en Y (*Archives provinciales* 1904, n° 6).
- Trois cholécotomies avec remarques sur le manuel opératoire (*Archives provinciales*, 1904, n° 4).
- MOUISSET et VALLAS, Péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons (*Lyon médical*, 1905).
- MOYNIHAN, *Surgery of the Gall Bladder and Bile ducts*, Saunders, London, 1905.
- Remarks upon the chirurgie the common bile ducts (*The Lancet*, 1906).
- MUELLER (Reinhold), *Die Gallensteinoperationen der chirurgischen Klinik zu Kiel aus den Jahren 1899-1901* (Inaug. Diss., Kiel, 1902).
- NAUNYN, *Traitement de la lithiase biliaire* (Congrès international de Paris, 1900).
- NÆTZEL, A propos du traitement de la pancréatite (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1908).
- OHL, Beiträge zur Frage der Cholédocho-Duodenostomia interna (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1904, Bd. LXXII).
- OMBRÉDANNE (L.), Le broiement des calculs du cholédoque (cholédocolithotripsie) (*Revue de chirurgie*, XXV, n° 11).
- PANTALONI, *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris, 1899.
- Des interventions biliaires par voie duodénale (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*).
- PATEL, Calculs du cystique; empyème de la vésicule; cholécystostomie; exstirpation de calculs; exocholécystopexie (Société des sciences médicales; *Lyon médical*, 1900, n° 51).
- Néoplasme des voies biliaires; noyau juxta-pancréatique; résection des voies biliaires; anastomose du canal hépatique et du cholédoque (Société de médecine; *Lyon médical*, 1903, n° 52).
- Un mode de traitement des fistules biliaires de la vésicule (la cure alimentaire) (*Gazette des hôpitaux*, 1906, n° 121).
- Cancer de la vésicule biliaire (Société de chirurgie de Lyon; *Lyon médical*, 1905).
- PAUCHET, *Chirurgie des voies biliaires*, Paris, 1900, Baillière et fils.
- PAULIDES, *Contribution à la chirurgie des calculs du canal cholédoque* (thèse de Lyon, 1898).

- PAYAN, *Occlusion intestinale par calculs biliaires* (thèse de Lyon, 1899).
- PAYR (E.), Die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher zur Entfernung retroduodenal liegender Choledochussteine (*Zeitschrift f. Chir.*, Bd. LXX, S. 1).
- PETERS, The treatment of gall-stones in the gall bladder and cystic duct. (*Edinburg med. Journal*, 1907).
- PETERSEN (W.), Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1899, Bd XXIII, H. 3).
- POROT, Cancer du canal hépatique (*Lyon médical*, 1904).
- POURTOY (J.), *De l'induration inflammatoire de la tête du pancréas. Son rôle dans certains cas d'obstruction des voies biliaires* (thèse de Lyon, 1902).
- POZZI, Cholécotomie transduodénale (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1900).
- PRIOU, *Anastomoses des voies biliaires principales avec l'intestin* (thèse de Paris, 1907).
- QUÉNU, Cholécotomie sans suture (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1897).
- *Id.*, 1903.
- Duodénotomie exploratrice (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1905).
- Cholécoco-entérostomie (*Id.*, 1905 et 1906).
- Cancer de la vésicule biliaire (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1908).
- QUÉNU et DUVAL (P.), Pancréatites et lithias biliaire (*Revue de chirurgie*, 1905).
- DE QUERVAIN, Zur Frage der retroduodenalen Choledochotomie (*Centrbl. f. Chir.*, 1903, n° 40).
- RADSEWSKY, Die künstliche Gallenblasendarmfistel und ihr Einfluss auf den Organismus (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, 1902, Bd. IX, H. 4 u. 5).
- RANKE (Bruno), *Ueber Darmabknickung bei Pericystitis der Gallenblase* (Inaug. Diss., Leipzig, 1903).
- REINHARD (Fritz), *Beitrag zur Kasuistik der operativ behandelten Falle von Cholelithiasis* (Inaug. Diss., Göttingen, 1902).
- RENAULD (Frédéric), *Contribution à l'étude et au traitement des hémorragies consécutives aux opérations pratiquées sur les voies biliaires* (thèse de Nancy, 1899).
- RENNER, *Zur Statistik der Gallensteinerkrankungen und ihrer Complicationen* (thèse München (F.), 1905-1906).
- RIEDEL, Chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit (*Penzoldt u. Stintzing's Handbuch d. spez. Therapie innerer Krankh.*, Bd. IV, Abt. 6, Iéna, 1903).
- RISPAL, Cancer primitif du cholédoque (*Toulouse médical*, 1904).
- ROBSON (J.-W. Mayo), *Diseases of the gall-bladder and bile-ducts*, London, 1904.
- ROCCO, *Ueber das primäre und metastatische Carcinom im Ductus hepaticus und an der Vereinigungsstelle der drei grossen Gallengänge* (Inaug. Diss., Basel, 1905).
- ROLLESTON, *Diseases of the Liver, Gall-Bladder and Bile-ducts* (Saunders, London, 1905).
- ROSENBERGER, Sur l'anastomose cholécoco-duodénale (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1906).

- ROYER (François), *Du moment et du choix de l'intervention opératoire dans la lithiase du cholédoque* (thèse de Paris, 1902).
- RUDAUX, Diagnostic et traitement de la cholécystite gravidique (*Archives générales*, 1903, n° 47).
- RUEHL, Ueber steile Beckentieflagerung bei Operationen an den Gallengängen (*Münchener med. Wochenschr.*, 1902, n° 5).
- RUTHON, *Diagnostic et traitement du cancer primitif de la vésicule biliaire* (thèse de Lyon, 1905-1906).
- SCHOTT (Adolf), Ueber Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1903, Bd. XXXIX, H. 2 und Inaug. Diss., Heidelberg, 1903).
- SCHUELLER, Zur Kasuistik und Chirurgie des primären Carcinoms der Papilla Vateri (*Beiträge z. klin. Chir.* 1901, Bd. XXXI, H. 3).
- SCHWARTZ, Chirurgie du foie (*Bibl. de chir. contemporaine*, Paris, 1901).
- Sur la cholédocotomie (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1903).
- SEGOND, Maladies du foie (*Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*).
- SENCERT, A propos de la cholédocotomie rétro-duodénale (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1906).
- SIBILLE (René), *Résultats éloignés des principales opérations sur les voies biliaires* (thèse de Paris, 1904).
- SIKEMEYER, Over de Indicaties tot de operative Behandeling der Cholelithiasis (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1900).
- SLADE (G.-R.), Gallstones and cancer (*Lancet*, 1905, Bd. I, n° 16).
- SMITH et RIGBY, Case of hepato-broncho-biliary fistula due to impacted gall-stones. Choledochotomy. Relief of symptoms (*Brit. med. Journ.*, 1903, 8 Aug.).
- STELLE, Gall-bladder and biliary-duct surgery (*Annals of surgery*, 1905, n° 2).
- STIEDA (A.), Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege (*Beiträge zur klin. Chir.*, Bd. XLVII, H. 3).
- VON STUBENRAUSCH, Die Regeneration der Gallenblase nach part. Cholecystectomy (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907).
- Über plastischen Operationen am Gallensystem (*Centr. f. Chir.*, 1906).
- TERRIER, Drainage des voies biliaires (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1905 et 1906).
- Rétrécissement des voies biliaires. Hépatico-duodénostomie directe par implantation (*Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1907).
- TERRIER et AUVRAY, Tumeurs des voies biliaires vésicule et canaux biliaires (*Revue de chirurgie*, 1900, n° 2 et 3).
- THIEL, Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle. Operation, Heilung (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1904, n° 10).
- THORSPECKEN, Zur Frage der idealen Cholecystectomy (*Beiträge z. klin. Chir.*, t. LI).
- TIXIER, Cholecystectomy sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon; *Lyon médical*, 1903 et 1904).
- TRIPPIER et PAVIOT, Pathogénie péritonitique de la colique hépati-

- que et des crises douloureuses épigastriques (*Semaine médicale*, 1903, n° 4).
- TRIPPIER et PAVIOT, *Péritonite sous-hépatique* (Encyclopédie Léauté, Masson, Paris).
- TUFFIER, A propos de la lithiase biliaire (*Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1903).
- Cancer du confluent hépatico-cystique (*Id.*, 1905).
- VALLAS, Calcul du cholédoque. Rétention biliaire. Cholécotomie. Guérison. (Société de chirurgie de Lyon; *Lyon médical*).
- VAUTRIN, Cholécotomie rétro-duodénale (*Archives provinciales de chirurgie*, 1907).
- Lithiase biliaire et pancréatites (*Revue de chirurgie*, 1908).
- Epithélioma du canal cystique (*Archives provinciales de chirurgie*, 1907).
- VERHOOGEN, Traitement des rétentions biliaires (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1907).
- VILLAR, *Rapport sur la chirurgie du pancréas* (18^e Congrès de chirurgie, 1905).
- VILLARD, Lithiase biliaire; sténose pylorique; cholécystectomie; guérison (Société de chirurgie; *Lyon médical*, 1903, n° 48).
- Pronostic et traitement des fistules biliaires post-opératoires (*Lyon médical*, 1902).
- Cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon médical*, 1903).
- Constipation dans les inflammations du péritoine (*Id.*, 1906).
- Accidents consécutifs à la compression de la veine porte (*Lyon médical*, 1906).
- VILLARD et COTTE, Hydropisie intermittente de la vésicule (*Revue de chirurgie*, 1906).
- WALD (Fritz), *Die operative Behandlung der Gallensteinkrankheit und ihre Erfolge in der Klinik der Herrn Prof. v. Braumann* (Inaug. Diss., Halle, 1903).
- WEBER et MITCHELL, *Médico Chir. Transactions*, London, 1905.
- WIART, *Recherches sur l'anatomie topographique et les voies d'accès du cholédoque* (thèse de Paris, 1899).
- Lithiase intra-hépatique et ses conséquences chirurgicales (*Tribune médicale*, 1905).
- WILHAMS, 186 operations upon the Gall-bladder and Bile ducts (*N.Y. med. Journal*, 1906).
- WITZEL, *Über Gallensteinentstirpation* (*Centr. f. Chir.*, 1906).
- YAICH, *De la cholécotomie sans sutures* (thèse de Paris, 1902).
- ZELLER (O.), Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1902, n° 35).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire non compliquée.	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Indications générales de l'intervention</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Traitement chirurgical de la lithiase des voies biliaires accessoires</i>	24
1° Valeur des différentes opérations sur les voies biliaires accessoires	25
Cholécystostomie et cholécystectomie	29
2° Indications de l'intervention et choix du procédé dans les cholécystites aiguës	34
A. — Indications opératoires	34
B. — Choix du procédé	35
C. — Résultats.	40
D. — Conclusions	41
3° Indications de l'intervention et choix du procédé dans les cholécystites chroniques	42
A. — Indications opératoires	42
B. — Choix du procédé.	50
4° Des troubles mécaniques observés au cours de la lithiase vésiculaire et cystique : hydropisie intermittente de la vésicule	72
CHAPITRE III. — <i>Lithiase des voies principales.</i>	94
1° Indications opératoires	94
A. — Occlusion aiguë du cholédoque.	95
B. — Occlusion chronique du cholédoque	98
G. C.	31

2° Choix du procédé	114
A. — Lithiase de l'hépatique	115
B. — Lithiase du cholédoque	118
C. — Drainage des voies biliaires	133
D. — Anastomoses biliaires et cholangiostomie	143
3° Résultats généraux et conclusions	145
CHAPITRE IV. — <i>La lithiase intra-hépatique et ses conséquences thérapeutiques</i>	
Etiologie et pathogénie	154
Conséquences thérapeutiques	160
CHAPITRE V. — <i>Résultats immédiats</i>	
1° Mortalité opératoire	164
2° Complications post-opératoires.	174
CHAPITRE VI. — <i>Résultats éloignés de l'intervention. Fistules, récidives, adhérences, éventration. Opérations secondaires dans la lithiase biliaire.</i>	
1° Fistules	178
2° Récidives	186
3° Eventrations	195
CHAPITRE VII. — <i>Les deux opérations de choix dans la lithiase biliaire: cholécystectomie et drainale de l'hépatique. Considérations générales sur la technique de ces interventions</i>	
Préparatifs de l'opération	200
Opération	203
Suites opératoires	220
DEUXIÈME PARTIE. — Traitement chirurgical des complications de la lithiase biliaire.	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Complications intra-hépatiques de la lithiase.</i>	
I. — Abscès du foie.	224
II. — Rétrécissement des voies biliaires	227
Traitement	229
CHAPITRE II. — <i>Complications extra-hépatiques de la lithiase</i>	
I. — Accidents consécutifs à l'évolution de la lithiase vers la paroi abdominale	240

TABLE DES MATIÈRES	475
II. — Fistules gastriques ou intestinales	243
Traitement	245
III. — Fistules thoraciques	249
Traitement	250
IV. — Autres formes de fistules biliaires	252
CHAPITRE III. — <i>La lithiase et le tube digestif</i>	254
I. — La lithiase biliaire et l'estomac.	255
1 ^o Troubles dyspeptiques d'origine biliaire.	255
2 ^o Sténoses pyloriques d'origine biliaire	258
II. — La lithiase et l'intestin	271
1 ^o Troubles intestinaux	272
2 ^o Sténose intestinale d'origine biliaire	272
3 ^o Iléus biliaire	277
4 ^o Lithiase et appendicite	284
III. — Lithiase et pancréatites	292
IV. — La lithiase et le péritoine	306
1 ^o Péritonites généralisées	306
2 ^o Péritonites localisées	311
3 ^o Péritonites plastiques.	314

TROISIÈME PARTIE. — Lithiase et cancer des voies biliaires.

CHAPITRE PREMIER. — <i>Cancer de la vésicule</i>	319
Considérations anatomo-cliniques.	321
Traitement chirurgical.	323
Cholécystectomies pour cancer de la vésicule	333
Résultats immédiats.	336
Résultats éloignés.	337
Indications opératoires. Choix du procédé	339
CHAPITRE II. — <i>Cancer des voies biliaires</i>	350
Considérations anatomo-cliniques.	351
Indications thérapeutiques	354
Résultats de l'intervention	361
Cancers du cystique	365
Cancers de l'hépatique	366
Cancers du confluent	367
Cancers du cholédoque	368
Cancers de l'ampoule de Vater	370

QUATRIÈME PARTIE. — Documents.

Statistique de Braman	373
Statistique d'Helferich, clinique de Kiel	375
Statistique de Max Schede, clinique de Cologne	376
Statistique de Riese	378
Statistique de Rotgam (d'Amsterdam)	379
Statistique de Koerte	380
Statistique de Poppert	390
Statistique de Garré	393
Clinique de A.-M. Williams	400
Statistique de Von Bardeleben	404
Statistique de Kocher	404
Statistique de la clinique d'Heidelberg	409
Statistique de William-J. Mayo (de Rochester)	430
Statistique de Kummel (Hambourg)	433
Statistique de Pauchet	442
Statistique d'Hartmann	443
Statistique de Quénu	447
Statistique de Terrier	447
Statistique de Lejars	447
Statistique de Kehr	447
BIBLIOGRAPHIE	457

